
BACHELORARBEIT

Frau
Tanja Schell

**Analyse der Medikalisierungs-
und Kompressionsthese im
Zuge des Demographischen
Wandels und ihre Anwendung
in Unternehmen**

**Analysis of the medicalization
and compression hypothesis
in the course of demographic
change and their application
in business**

2012

BACHELORARBEIT

Analyse der Medikalisierungs- und Kompressionsthese im Zuge des Demographischen Wandels und ihre Anwendung in Unternehmen

Autor/in:
Frau Tanja Schell

Studiengang:
Gesundheitsmanagement (B.A.)

Seminargruppe:
GM09s1-B

Erstprüfer:
Prof. Dr. phil. Ludwig Hilmer

Zweitprüfer:
Prof. Dr. phil. Otto Altendorfer M.A.

Einreichung:
München, 12.01.2012

BACHELOR THESIS

Analysis of the medicalization and compression hypothesis in the course of demographic change and their application in business

author:

Ms. Tanja Schell

course of studies:

Health Management (B.A.)

seminar group:

GM09s1-B

first examiner:

Prof. Dr. phil. Ludwig Hilmer

second examiner:

Prof. Dr. phil. Otto Altendorfer M.A.

submission:

Munich, 12/01/2012

Bibliografische Angaben

Nachname, Vorname: Schell, Tanja

Thema der Bachelorarbeit: Analyse der Medikalisierungs- und Kompressionsthese im Zuge des Demographischen Wandels und ihre Anwendung in Unternehmen

Topic of thesis: Analysis of the medicalization and compression hypothesis in the course of demographic change and their application in business

83 Seiten, Hochschule Mittweida, University of Applied Sciences,
Fakultät Medien, Bachelorarbeit, 2012

Abstract

Das deutsche Gesundheitssystem steht vor einem großen Problem. Bedingt durch den Demographischen Wandel werden die Menschen in Zukunft ein höheres Alter erreichen, während die Geburtenziffer stagniert bzw. sinkt. Folglich wird sich die Zahl der Erwerbstätigen reduzieren, die durch ihre Beiträge in die Sozialversicherungen die Leistungen der Rentner finanzieren. Gleichzeitig steigt jedoch die Anzahl älterer Menschen und somit die Leistungsanspruchnahme. In der Diskussion über die Folgen der zusätzlichen Lebenszeit sind zwei Thesen entstanden. Die dazugewonnenen Jahre verlängern entweder die Krankheitsdauer und verursachen somit weitere Kosten (Medikalisierungsthese) oder sie werden in Gesundheit verbracht und erhöhen damit die Lebensqualität (Kompressionsthese). Vor allem Prävention kann dazu beitragen, die verlängerte Lebenszeit möglichst gesund zu verleben.

Unternehmen müssen sich ebenfalls mit den Konsequenzen des Demographischen Wandels auseinandersetzen. In Zukunft werden sie vermehrt ältere Menschen beschäftigen. Während klein- und mittelständische Unternehmen oftmals nicht in die Prävention ihrer Mitarbeiter investieren (können), haben ein anonymisierte Unternehmen und die E.ON Ruhrgas AG jeweils ein Betriebliches Gesundheitsmanagement, die, auf Basis individueller Fragebögen, analysiert werden.

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	V
Abkürzungsverzeichnis	VII
Abbildungsverzeichnis	VIII
Tabellenverzeichnis	IX
1 Einleitung – Was ist Gesundheit?	1
2 Demographischer Wandel	4
2.1 Geburtenziffer	4
2.2 Lebenserwartung	6
2.3 Wanderungsbewegungen	7
2.4 Zusammenfassung	8
3 Gründe für wachsende Gesundheitsausgaben	10
4 Prävention	14
4.1 Primäre Prävention	16
4.2 Sekundäre Prävention	17
4.3 Tertiäre Prävention	18
4.4 Verhaltensprävention	19
4.5 Verhältnisprävention	21
5 Analyse der Medikalisierungs- und Kompressionsthese	23
5.1 Medikalisierungsthese	23
5.2 Kompressionsthese	26
5.3 Thesenvergleich	28
6 Anwendung in Unternehmen	31
6.1 Betriebliches Gesundheitsmanagement	32
6.2 Prävention in KMU (Medikalisierungsthese)	37
6.3 Prävention in ‚Unternehmen A‘ und E.ON Ruhrgas AG (Kompressionsthese) ...	43
6.3.1 ‚Unternehmen A‘	44
6.3.2 E.ON Ruhrgas AG	49
6.4 Zusammenfassung	53

7 Fazit und Ausblick.....	55
Literaturverzeichnis	X
Anlagen.....	XIV
Eigenständigkeitserklärung	XXVI

Abkürzungsverzeichnis

ArbSchG	Arbeitsschutzgesetz
BGF	Betriebliche Gesundheitsförderung
BGM	Betriebliches Gesundheitsmanagement
BMBF	Bundesministerium für Bildung und Forschung
BVPG	Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V.
ca.	circa
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
IGA	Initiative Gesundheit & Arbeit
KMU	Klein- und Mittelständische Unternehmen
KVdR	Krankenversicherung der Rentner
PDCA	Plan Do Check Act
vgl.	vergleiche
WHO	World Health Organization
z.B.	zum Beispiel

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Gesundheit beschäftigt uns immer - mehr	1
Abbildung 2: Entwicklung der Fertilitätsraten	5
Abbildung 3: Altersaufbau der Bevölkerung in Deutschland 2008 - 2060.....	9
Abbildung 4: Altersspezifische Beiträge und Leistungen der GKV im Jahr 2003.....	10
Abbildung 5: Interventionsvorstellungen von Prävention	14
Abbildung 6: FIT-Stufen-Modell	20
Abbildung 7: Verlauf der Leistungsfähigkeit.....	22
Abbildung 8: Schematische Darstellung der Kompressions- und der Medikalisierungsthese	27
Abbildung 9: Drei Szenarien: Medikalisierung - Verschiebung der Morbidität - Kompression.....	29
Abbildung 10: Angebotsportfolio.....	33
Abbildung 11: Zentrale Widerstände der Geschäftsführung und mögliche Ursachen	39
Abbildung 12: Anwendungshäufigkeit ausgewählter gesundheitsfördernder Maßnahmen	40
Abbildung 13: Widerstände einzelner Gruppen	41
Abbildung 14: BGM = mehr als die Summe der Teile	47

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Klassifikation von Präventionsmaßnahmen.....	16
Tabelle 2: Direkte Krankheitskosten für Herz-Kreislaufkrankheiten je Einwohner in Mill. Euro.....	24
Tabelle 3: Vorteile von BGF für Unternehmen und Mitarbeiter	36

1 Einleitung – Was ist Gesundheit?



Abbildung 1: Gesundheit beschäftigt uns immer - mehr¹

Gesundheit ist ein allgegenwärtiger Begriff, der einem heutzutage immer öfter und überall begegnet: Zeitschriften werben mit Schlagzeilen, die Gesundheit versprechen, Krankenkassen bieten mehr Gesundheit am Arbeitsplatz an, Politiker wollen mit Gesundheits-Versprechen Bürger für ihre Wahlpolitik gewinnen und Hotels locken mit Gesundheitswochen. Doch was ist Gesundheit genau?

„‘Gesundheit‘ (health) ist abgeleitet von dem altenglischen Wort für heilen (*hael*), was ‚vollständig‘ bedeutet und ausdrückt, dass mit Gesundheit die Integrität, Unversehrtheit oder das Wohlbefinden der ganzen Person gemeint ist. [...] Im alltäglichen Umgang wird Gesundheit entweder negativ oder positiv interpretiert. Die negative Interpretation versteht Gesundheit als die Abwesenheit von Krankheit oder Leiden. [...] Eine positive Interpretation versteht Gesundheit als einen Zustand des Wohlbefindens, der in der Satzung der WHO (1948) als ‚Zustand des umfassenden körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Behinderung‘ definiert wurde“.² Gesundheit ist demnach lebenswichtig.

Weiterhin lässt sich Gesundheit in mehrere Dimensionen unterteilen: physische Gesundheit (z.B. Fitness), psychische Gesundheit (z.B. Lebens- und Selbstwertgefühl),

¹ Straub (1), 2010: Folie 2

² Naidoo und Wills, 2010: S. 5

emotionale Gesundheit (z.B. Fähigkeit, Gefühle auszudrücken), soziale Gesundheit (z.B. Unterstützung durch Familie), spirituelle Gesundheit (z.B. Fähigkeit, moralische Grundsätze umsetzen zu können) und sexuelle Gesundheit (z.B. Fähigkeit, seine Sexualität befriedigend erleben zu können). Diese Dimensionen werden umgeben von der Gesellschaft und der Umwelt. Die Gesellschaft beeinflusst die Gesundheit einerseits durch grundlegende Infrastrukturen wie eine Unterkunft, das Einkommen oder ob Frieden herrscht, andererseits auch durch die gesellschaftliche Integration oder Ausgrenzung. Die Umwelt bedingt die Gesundheit beispielsweise durch die Versorgung mit Trinkwasser und dessen Qualität.³

Jedoch bedeutet ‚gesund sein‘ für jeden etwas anderes. Gesundheit wird als Zustand eines umfassenden Wohlbefindens gesehen, als geistige und körperliche Fitness, als Ware oder persönliche Stärke⁴. Jede dieser Definitionen hat allerdings ihre Schwachstellen und Kritikpunkte. Keine sollte alleine stehen. Fügt man alle vier zu einer Definition zusammen, könnte diese als allgemeingültige Erklärung zählen. Die WHO fasst sie folgendermaßen zusammen: „[Gesundheit ist] das Ausmaß, in dem Einzelne oder Gruppen in der Lage sind, einerseits ihre Wünsche und Hoffnungen zu verwirklichen und ihre Bedürfnisse zu befriedigen, andererseits aber auch ihre Umwelt meistern oder verändern können. In diesem Sinne ist Gesundheit als ein wesentlicher Bestandteil des alltäglichen Lebens zu verstehen und nicht als vorrangiges Lebensziel. Gesundheit ist ein positives Konzept, das die Bedeutung sozialer und individueller Ressourcen der Menschen ebenso betont wie deren körperliche Leistungsfähigkeit“.⁵

Doch warum gewinnt das Thema Gesundheit in letzter Zeit immer mehr an Stellenwert? Die Antwort auf diese Frage liegt hauptsächlich im Demographischen Wandel mit seinen weitreichenden Konsequenzen. Es wird immer wichtiger, die Bevölkerung gesund zu erhalten, damit sie Beiträge in die Sozialversicherungen zahlen kann und keine weiteren Kosten durch Krankheit verursacht.

Im Zusammenhang mit dem Demographischen Wandel und den daraus in Zukunft entstehenden Kosten sind in der Literatur zwei Thesen entstanden, die kontrovers diskutiert werden: die Medikalisierungsthese nach Gruenberg (1977) und die Kompressionsthese von Fries (1980), die im weiteren Verlauf der Arbeit analysiert werden.

³ vgl. Naidoo und Wills, 2010: S. 5f

⁴ vgl. Naidoo und Wills, 2010: S. 18

⁵ Naidoo und Wills, 2010: S. 18 (nach WHO 1984)

Der Demographische Wandel hat aber nicht nur im Gesundheitswesen enorme Auswirkungen, sondern ebenso im wirtschaftlichen Sektor. Auch Prävention gewinnt für Unternehmen immer mehr an Bedeutung und daher ist es unausweichlich sowohl große als auch kleine Unternehmen mit diesen Themen zu konfrontieren. Doch nicht alle Unternehmen handeln in diesen Bereichen gleich oder ähnlich.

Folgende Arbeit beschäftigt sich mit den Zusammenhängen zwischen Demographischem Wandel und Prävention und der Frage, wie die beiden Präventionsthemen in Unternehmen umgesetzt und angewandt werden. Ausgewählte Unternehmen haben hierzu in einem individuell angefertigten Fragebogen über ihr Betriebliches Gesundheitsmanagement Stellung bezogen. Diese Unternehmen und ihr Engagement für die Gesundheit der Mitarbeiter werden mit klein- und mittelständischen Unternehmen verglichen, die nicht in Prävention investieren. Als Basis für die folgenden Gedankengänge dient der Demographische Wandel.

2 Demographischer Wandel

Eine große Herausforderung für das Gesundheitssystem „stellt die demographische Entwicklung der deutschen Bevölkerung dar. In der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) besteht ein Generationenvertrag. Die gegenwärtig Erwerbstätigen finanzieren basierend auf dem Umlageverfahren im Rahmen des inhärenten Solidarausgleichs einen großen Teil der Ausgaben der Krankenversicherung der Rentner (KVdR) und gehen davon aus, daß auch ihnen im Alter gleiches widerfährt“.⁶ Doch können sie wirklich damit rechnen, in höherem Alter ebenso versorgt zu werden?

Das Erste, was mit dem Demographischen Wandel in Verbindung gebracht wird, ist die zunehmende Anzahl alter Menschen. Als logische Konsequenz ergibt sich für das deutsche Gesundheitssystem eine unvorteilhafte Veränderung des Verhältnisses zwischen jungen Leuten (die Beiträge in die Sozialversicherung zahlen) und alten Leuten (die vermehrt Leistungen aus der Sozialversicherung beziehen). Laut einem Artikel der ARD mussten im April 2008 100 Erwerbstätige zwischen 20 und 65 Jahren für 32 Rentner aufkommen. Bis zum Jahr 2050 werden allerdings bereits doppelt so viele, 64 Rentner auf ebenso viele Erwerbstätige kommen.⁷ Doch woran liegt das?

Der Demographische Wandel resultiert aus drei verschiedenen Gründen: Geburtenziffer, Lebenserwartung und Wanderungsbewegungen der Bevölkerung. (Geburtenziffer und Lebenserwartung werden oft zusammengefasst als ‚doppelter Alterungsprozess‘ bezeichnet). Alle drei Faktoren werden im Folgenden detaillierter erläutert.

2.1 Geburtenziffer

Die Geburtenziffer geht seit vielen Jahren stetig zurück. Es wird in Zukunft immer mehr ältere Menschen geben, während immer weniger junge Leute nachkommen. Denn die durchschnittliche Geburtenrate „hat sich seit geraumer Zeit auf etwa 1,4 Geburten pro Frau eingependelt – zur Aufrechterhaltung des Bevölkerungsbestandes wären aber 2,1 Geburten notwendig“⁸. Dabei war das nicht immer so: die nachfolgende Abbildung zeigt die Entwicklung der Fertilitätsraten im Deutschen Reich seit 1888 sowie in den alten Bundesländern bis zum Jahr 2000 (Fertilitätsrate = durchschnittliche Geburten pro Frau).

⁶ Oberender, Hebborn und Zerth, 2002: S. 112

⁷ vgl. ARD: Mehr Alte – mehr Kosten, 2008

⁸ Fetzner, 2005: S. 3



Abbildung 2: Entwicklung der Fertilitätsraten⁹

Seit 2000 liegt die Geburtenzahl pro Frau bei ungefähr 1,4 Kindern.

Die Frage ist, wie sich diese Zahl in Zukunft verändern wird. Immer mehr junge Frauen träumen von einer beruflichen Karriere und wollen, wenn überhaupt, erst im fortgeschrittenen Alter eine Familie gründen. Je später eine Frau allerdings Kinder bekommt, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit, dass es bei einem, höchstens zwei Kindern bleiben wird. Viele wollen überhaupt keine Kinder, da diese mit hohen Kosten verbunden sind, z.B. Lebensmittel, Kleidung, Mitgliedsbeiträge in Sportvereinen oder Studiengebühren. Hier bildet Frankreich ein vorbildliches Beispiel, denn dort haben Familien mit zwei oder drei Kindern, prozentual gesehen, eine deutlich größere finanzielle Entlastung als in Deutschland. Gerade Familien mit mehreren Kindern, in denen beide Elternteile berufstätig sind, werden viel stärker unterstützt. Hier sollte auch der deutsche Staat auf ähnliche Art und Weise eingreifen: vermehrte Betreuungsmöglichkeiten für Kinder ab dem Krippenalter, höhere finanzielle Beihilfen für (junge) Familien, Steuerersparnisse für Haushalte mit Kindern oder auch eine verbesserte Wohnraumversorgung für Familien mit Kindern würden den Reiz vergrößern, ein oder sogar mehrere Kinder in die Welt zu setzen.¹⁰ Doch bis es soweit ist, wird die Geburtenziffer mit großer Wahrscheinlichkeit auch weiterhin bei 1,4 stagnieren, wenn nicht sogar absinken, denn wenn es in Zukunft weniger Kinder gibt, wird es auch weniger potenzielle Mütter geben.

⁹ Sinn, 2003: S. 23

¹⁰ vgl. Sinn, 2003: S. 27f

Selbst das Rentenversicherungssystem in Deutschland trägt eine Mitschuld bei der vermehrten Kinderlosigkeit vieler Familien. Eigene Kinder sind für die Versorgung im Alter nicht mehr existentiell. Viele Menschen denken, es sei ausreichend, wenn die Kinder anderer Leute in die Rente einzahlen.¹¹ Junge Familien haben keinen wirtschaftlichen Anreiz mehr Kinder zu bekommen – eher sind sie sogar im Vorteil, wenn sie keine haben. Das Geld, das so eingespart wird, kann für teure Urlaube oder Luxusgegenstände verwendet werden.

2.2 Lebenserwartung

Ein weiterer Grund für den Verlauf des Demographischen Wandels ist die Lebenserwartung. „Die durchschnittliche Lebenserwartung zeigt hierbei, wie viele Lebensjahre neugeborene männliche oder weibliche Kinder zu erwarten hätten, wenn das zu einem Zeitpunkt beobachtete Sterberisiko der Bevölkerung in den einzelnen Altersjahren während ihres ganzen Lebens erhalten bliebe“¹².

Bereits seit dem Ende des 19. Jahrhunderts nimmt die durchschnittliche Lebenserwartung nicht nur in Deutschland, sondern in allen Industriestaaten deutlich zu¹³. Doch warum ist das so? Was sind die Gründe dafür, dass die Menschen heute zu Tage älter werden früher?

Ein ausschlaggebender Grund liegt in den medizinisch-technischen und hygienischen Fortschritten der letzten Jahrzehnte. Krankheiten, an denen die Menschen vor 100 Jahren, teilweise schon in jungen Jahren, gestorben sind, können in der heutigen Zeit durch modernste Techniken und Geräte behandelt und geheilt werden. In den letzten Jahren hat zusätzlich auch der immer weiter aufstrebende Gesundheitstrend zu der erhöhten Lebenserwartung beigetragen. Die Menschen achten vermehrt auf ihre Gesundheit, indem sie sich gesünder ernähren, öfter Sport treiben und sich mehr bewegen. Die besseren Arbeitsbedingungen tragen ebenso dazu bei wie das überaus breite Angebot, allein im Lebensmittelbereich – ein derartig umfangreiches Sortiment hat es früher nicht gegeben. Die Menschen werden tagtäglich viel öfter mit dem Thema Gesundheit konfrontiert als es noch vor einigen Jahren der Fall war.

Die weitere Verlängerung der künftigen Lebensdauer liegt aus diesen Gründen nahe. Das statistische Bundesamt nimmt in der 12. koordinierten Bevölkerungsvorausbe-

¹¹ vgl. Sinn, 2003: S.29

¹² Statistisches Bundesamt: Bevölkerungsvorausberechnung, 2009: S.29

¹³ vgl. Bundeszentrale für politische Bildung: Auswirkungen des demografischen Wandels auf die GKV

rechnung (laut der Basisannahme) an, dass im Jahr 2060 Männer durchschnittlich 85 Jahre werden und Frauen 89,2 Jahre. Dies entspräche prozentual gesehen bei Männern 7,8% und bei Frauen 6,8% mehr Lebenszeit als im Zeitraum 2006/2008.¹⁴

Die steigende Lebenserwartung hat ebenso Auswirkungen auf andere Bereiche: „Auch für das Gesundheitswesen bringt die Alterung der Bevölkerung größte Herausforderungen mit sich. Mit steigendem Lebensalter nehmen nicht allein Krebserkrankungen, sondern auch Leiden wie Diabetes mellitus, Osteoporose, Schlaganfall und nicht zuletzt Demenz [zu]. Einerseits können die Menschen mit einem langen und über lange Zeit in guter Gesundheit verbrachten Leben rechnen. Andererseits benötigen aber zukünftig immer mehr ältere Menschen mit chronischen Krankheiten eine gute Behandlung und später auch Pflege.“¹⁵

2.3 Wanderungsbewegungen

Hierbei handelt es sich um die Zu- bzw. Auswanderungen nach Deutschland bzw. aus Deutschland heraus in ein anderes Land. „Von Wanderung bzw. Migration spricht man im Allgemeinen bei einer auf Dauer angelegten räumlichen Veränderung des Lebensmittelpunkts einer Person“¹⁶.

Es lässt sich kaum voraussagen, wie das Wanderungsverhalten z.B. im Jahr 2060 sein wird, hängt es doch von vielen verschiedenen Faktoren ab. Menschen aus anderen Ländern wandern nur nach Deutschland aus, wenn sie in ihrem Heimatland mit den politischen, wirtschaftlichen, demographischen oder auch ökologischen Umständen nicht zufrieden sind und deswegen dort nicht länger leben wollen oder können. Gerade diese Umstände sind aber nur sehr schwer im Voraus kalkulierbar. Wirtschaftliche Probleme und die Arbeitsmärkte in den Herkunftsländern lassen jedoch eine Steigerung der ökonomisch und politisch bedingten Zuwanderungen prognostizieren.¹⁷ Dieselben Indikatoren gelten natürlich ebenso für Deutschland, denn sie wirken sich schließlich darauf aus, wie attraktiv es den Menschen erscheint, nach Deutschland zu migrieren¹⁸.

¹⁴ vgl. Statistisches Bundesamt: Bevölkerungsvorausberechnung, 2009: S. 7

¹⁵ Die Bundesregierung: Demografischer Wandel – Herausforderung und Chance, 2007

¹⁶ Ehrentraut und Heidler, 2007: S. 6

¹⁷ vgl. Oberender, Hebborn, Zerth, 2002: S. 115

¹⁸ vgl. Statistisches Bundesamt: Bevölkerungsvorausberechnung, 2009: S. 31

Genauso tragen sie dazu bei, die deutsche Bevölkerung innerhalb Deutschlands zu halten oder sie dazu zu bewegen, das Land zu verlassen. Da in Deutschland allerdings immer weniger Menschen geboren werden, schrumpft demnach auch zahlenmäßig die Anzahl der Auswanderer. Gleichzeitig haben allerdings auch die anderen Industriestaaten mit dem Demographischen Wandel und den Auswirkungen zu kämpfen: in der Schlussfolgerung schrumpft demnach auch die Anzahl der potenziellen Einwanderer aus dem Ausland.

Für viele ist die Beeinflussung der Zuwanderungen aber die Lösung für die Konsequenzen aus dem doppelten Alterungsprozess, da der Großteil der Einwanderer in jungen Jahren und vor allem im erwerbsfähigen Alter nach Deutschland migriert, doch „Zuwanderer haben ein unterdurchschnittliches Einkommen und gehören deshalb zu denjenigen Bevölkerungsgruppen, die im Sozialstaat deutscher Prägung mehr Ressourcen vom Staat erhalten, als sie an ihn in Form von Steuern und Beiträgen abgeben müssen“¹⁹. Dies gilt zumindest für einen Großteil der Einwanderer. Ausnahmen bestätigen die Regel. Wird für die Berechnung angenommen, die Einwanderer würden nicht altern, sondern jung und beitragsfähig bleiben, so müssten bis 2035 noch 43 Millionen Menschen einwandern. Die Bevölkerung in Deutschland würde dann zur Hälfte aus Inländern und zur Hälfte aus Ausländern bestehen.²⁰

2.4 Zusammenfassung

Zusammenfassend kann gesagt werden: „Der demografische Wandel führt unter gegenwärtigen Bedingungen zum einen zu einer Schmälerung der Einnahmenbasis der GKV und zum anderen zu einer Ausweitung der Ausgaben. Beide Effekte ziehen einen Anstieg der Beitragssätze nach sich“²¹.

Nachstehende Abbildung zeigt die Auswirkungen des Demographischen Wandels, samt der beschriebenen Faktoren Geburtenziffer, Lebenserwartung und Wanderungsbewegungen für das Jahr 2008 im Vergleich zu den Prognosen für das Jahr 2060:

¹⁹ Sinn, 2003: S. 31

²⁰ vgl. Sinn, 2003: S. 31

²¹ Bundeszentrale für politische Bildung: Ein Fass ohne Boden

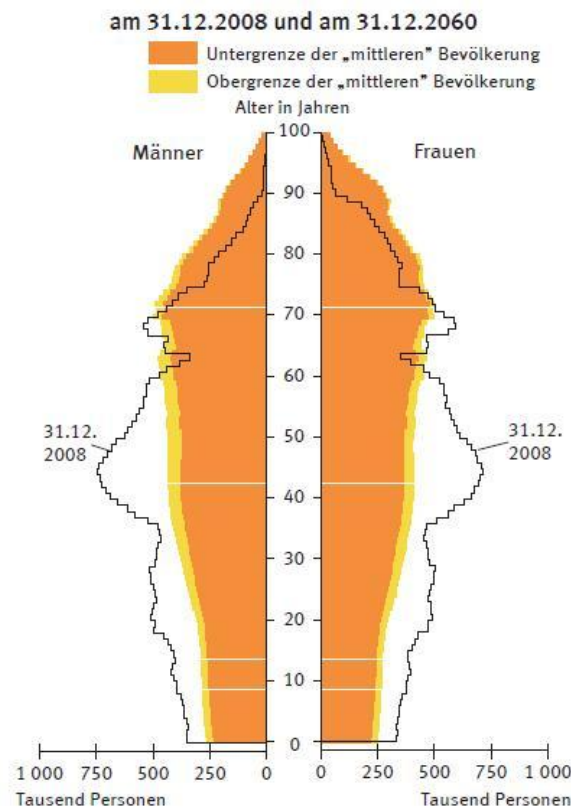


Abbildung 3: Altersaufbau der Bevölkerung in Deutschland 2008 - 2060²²

Im Jahr 2008 (schwarze Linien) lässt sich erkennen, dass der Anzahl der über 63-Jährigen eine deutlich größere Zahl an Erwerbstätigen gegenübersteht, die für die Gesundheitsleistungen der älteren Menschen aufkommen können, indem sie Beiträge in die Sozialversicherungen leisten.

Im Jahr 2060 (farbig) wird sich die Konstellation drastisch ändern, da die Geburtenrate gesunken ist, in den nächsten Jahren stagnieren oder weiterhin sinken wird und die jetzt Erwerbstätigen in das Rentenalter übergehen werden. Dadurch entsteht ein deutliches Missverhältnis, denn wenn es mehr Leute gibt, die teils kostenintensive Leistungen in Anspruch nehmen als Leute, die durch ihre Beiträge für die Finanzierung dieser Leistungen aufkommen, stellt sich die Frage, wie das deutsche Gesundheitssystem unter diesen Veränderungen fortbestehen kann. Aufgrund dieser Problematik erhöhen sich die Gesundheitsausgaben stetig, wie folgendes Kapitel erläutern wird.

²² Statistisches Bundesamt: Bevölkerungsvorausberechnung, 2009: S.15

3 Gründe für wachsende Gesundheitsausgaben

Das deutsche Gesundheitssystem besteht aus umlagefinanzierten Sozialversicherungen mit Generationenverträgen, d.h. die Erwerbstätigen kommen durch ihre Beiträge für die sich zur gleichen Zeit in Rente befindlichen, älteren Menschen auf. Dies gilt für die Renten-, Kranken- und Pflegeversicherung. Sie werden in Zukunft vor ein großes Finanzierungsproblem gestellt, da immer weniger Erwerbstätige Beiträge leisten können, während immer mehr Rentner vermehrt Leistungen beziehen werden.²³

Nachfolgende Abbildung veranschaulicht dies mit Zahlen aus dem Jahr 2003.

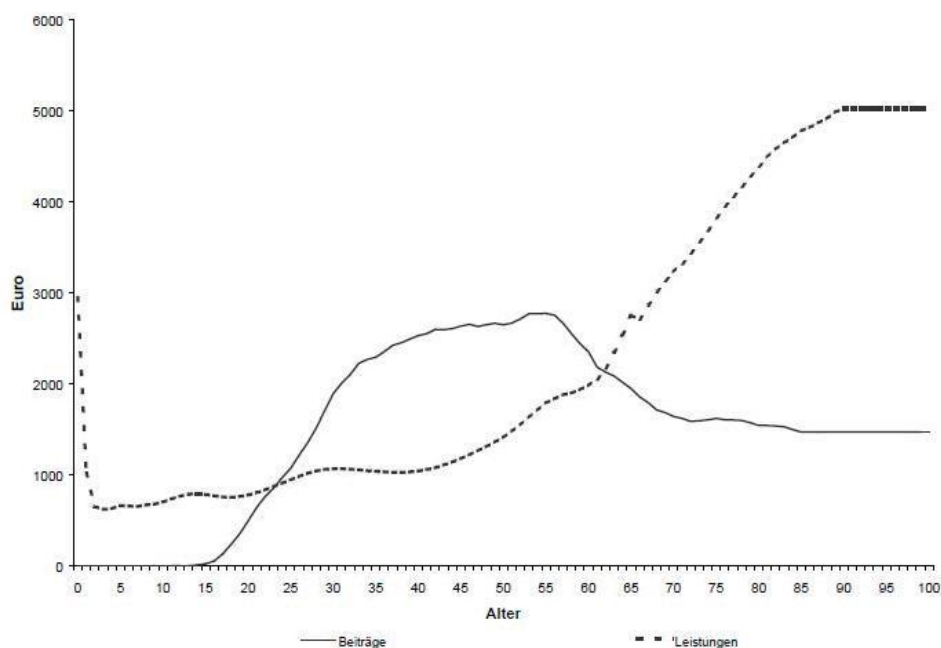


Abbildung 4: Altersspezifische Beiträge und Leistungen der GKV im Jahr 2003²⁴

In Abbildung 4 wird auf den ersten Blick ersichtlich, dass die in Anspruch genommenen Leistungen (gestrichelte Linie) bei den 0-23-Jährigen und ebenso wie bei den Rentnern deutlich über den eingezahlten Beiträgen (durchgezogene Linie) liegen. Im Gegenzug dazu zahlen die Erwerbstätigen mehr ein als sie verbrauchen.

Der Graph für die Beiträge in die GKV steigt stetig an und fällt dann wiederum vor dem Rentenalter bis sich die Beiträge bei durchschnittlich 1.500 Euro pro Jahr und Rentner

²³ vgl. Fetzer, 2005: S.1

²⁴ Fetzer, 2005: S.5

einpendeln. In der Zeit vor dem erwerbsfähigen Alter (0 bis ca. 23 Jahre), in der keine Beiträge geleistet werden, weil man in der GKV familienversichert ist, beansprucht man trotzdem Leistungen, die vor allem in der Zeit direkt nach der Geburt sehr hoch sind. Ab dem dritten Lebensjahr nimmt die Leistungsanspruchnahme bis zu einem durchschnittlichen Betrag von 2.000 Euro im Renteneintrittsalter langsam zu. Ab diesem Punkt (ca. 66 Jahre) steigen die Kosten enorm, teilweise bis zu 5.000 Euro pro Rentner, denen aber gleichzeitig lediglich durchschnittliche Einzahlungen von 1.500 Euro gegenüberstehen.²⁵ Meistens ist man mit steigendem Alter vermehrt auf die Hilfe von Heil- oder Hilfsmitteln oder anderen teuren Behandlungsmöglichkeiten angewiesen, was oftmals Grund für diese äußerst hohen Kosten ist.

„Hier zeigt sich, dass es vor allem die erwerbstätigen Altersgruppen zwischen 23 und 59 Jahren sind, die über Steuern, Abgaben und Gebühren den Fiskus füllen, während sowohl die Kinder und Jugendlichen als auch die Rentnergenerationen netto mehr – etwa an Bildungs- und Sozialleistungen – erhalten als sie selbst schon bzw. noch an den Staat zahlen“²⁶.

Doch der Demographische Wandel und die damit verbundene Alterung der Gesellschaft sind nicht alleiniger Grund für die hohen Kosten im deutschen Gesundheitswesen. Hinzu kommt die vermehrte Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen, die mehrere Gründe hat: das Einkommenswachstum (und dadurch eine erhöhte Nachfrage, weil mehr Geld zur Verfügung steht), die Ausweitung von Krankenversicherungsleistungen (was ebenfalls eine höhere Nachfrage zur Folge hat), die angebotsinduzierte Nachfrage (denn Ärzte können die Nachfrage beeinflussen und damit ihren eigenen Einkommensinteressen nachgehen), die Preisstruktureffekte (denn teilweise sind Leistungen maßlos überteuert) oder allem voran der medizinisch-technische Fortschritt, durch den in der Vergangenheit zahlreiche neue, teils hoch technisierte Heil- und Hilfsmittel entstanden sind.²⁷ Das Thema Gesundheit interessiert mittlerweile nicht mehr nur ältere Menschen oder Kranke – bereits die jüngeren Generationen haben oftmals ein hohes Gesundheitsbewusstsein und investieren deswegen in ihre Gesundheit.

Im Zuge des medizinisch-technischen Fortschritts entstehen viele neue Medikamente und Technologien im Gesundheitsbereich, die die Gesundheitsausgaben weiter ansteigen lassen. Sie sind bereits in der Testphase sehr teuer und auch ihre Patent- oder

²⁵ vgl. Fetzer, 2005: S. 4f

²⁶ Ehrentraut und Heidler, 2007: S. 23f

²⁷ vgl. Fetzer, 2005: S. 17f

Instandhaltungskosten sind oftmals enorm hoch. Als Folge dieser hochmodernen Technologien steigen desweiteren die Gesundungsansprüche der Patienten. Sie wollen noch schneller gesund werden. Gleiches gilt für die Gesundheitsbewussten, die viel Sport treiben und sich deswegen öfter verletzen. Auch sie wollen möglichst schnell wieder fit sein und mit ihrem Sport beginnen können.

Infolgedessen explodieren die Gesundheitsausgaben in Deutschland: das Statistische Bundesamt Deutschland berichtete in einer Pressemitteilung einen Anstieg der Gesundheitsausgaben im Jahr 2009 um 5,2% auf 278,3 Milliarden Euro. Das sind 13,8 Milliarden Euro mehr als noch im Jahr 2008. Die hier berücksichtigten Gesundheitsausgaben umfassen „sämtliche Güter und Leistungen mit dem Ziel der Prävention, Behandlung, Rehabilitation und Pflege, die Kosten der Verwaltung sowie Investitionen der Einrichtungen des Gesundheitswesens. Aufwendungen für Forschung und Ausbildung im Gesundheitswesen, sowie Ausgaben für krankheitsbedingte Folgen (zum Beispiel Leistungen zur Eingliederungshilfe) und Einkommensleistungen, wie die Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall sind darin nicht enthalten“²⁸.

Um dem großen Kostenungleichgewicht entgegenzuwirken, müsste folglich das Renteneintrittsalter weiter angehoben werden, um Beitragseinzahlungen über eine längere Zeit gewährleisten zu können. Wird diese Variante vernachlässigt, um den älteren Menschen weitere Jahre körperlicher Arbeit zu ersparen, bleiben allerdings auf den ersten Blick nur zwei Möglichkeiten zur Kostenersparnis: die Ausgaben für die Leistungen müssen gesenkt werden, d.h. die Menschen dürfen nur noch weniger Leistungen verbrauchen oder die Einnahmen müssen erhöht werden, indem man z.B. höhere Beitragssätze verlangt. Um das deutsche Gesundheitssystem in Zukunft kostendeckend halten zu können, müssten die Beiträge für die Erwerbstätigen allerdings um ein Vielfaches erhöht werden, denn die „Ausgaben eines Jahres müssen in vollem Umfang durch die Beiträge finanziert werden, die auf die Einnahmen der GKV-Mitglieder in der gleichen Zeitperiode erhoben werden“²⁹. Dabei werden die Menschen in 40 Jahren mit großer Wahrscheinlichkeit nicht dazu bereit sein, bis zu einem Viertel ihres Einkommens in eine Pflicht-Gesundheitsversicherung zu zahlen. Vor allem da die Beiträge für die anderen Sozialversicherungen und alle Steuerzahlungen noch zusätzlich gezahlt werden müssten.³⁰

²⁸ Statistisches Bundesamt Deutschland: Pressemitteilung Nr. 135, 2011

²⁹ Bundeszentrale für politische Bildung: Auswirkungen des demografischen Wandels auf die GKV

³⁰ vgl. Fetzer, Raffelhüschen und Slawik, 2005: S. 2f

Die kostenschonendere Variante ist demnach, darauf hinzuarbeiten, dass weniger Leistungen in Anspruch genommen werden – bei gleichbleibendem Leistungskatalog. Die Menschen müssen folglich bereits in jüngeren Jahren vorsorgen, damit sie im hohen Alter gesund bleiben. Und das kann durch Prävention erreicht werden.

Auch die Literatur bestätigt den Zusammenhang zwischen Prävention und Kosteneinsparungen im Gesundheitswesen und den längerfristigen Nutzen: „Der mit der Prävention verbundene Gedanke, damit Krankheitskosten vermeiden zu können, wird durch die Tatsache getrübt, dass eine präventive Ausrichtung des Gesundheitswesens nicht kostenlos zu haben ist. [...] Die Kosten steigen einerseits wegen der Zunahme der Bevölkerung durch eine höhere Lebenserwartung und die häufigere Inanspruchnahme der ambulanten Behandlung wegen präventiver Betreuung und Beratung. Die Kosteneinsparungen, die höher veranschlagt werden als die Kostensteigerungen, resultieren hauptsächlich aus einer Verringerung der Prävalenz von Krankheiten im Alter und einer Verbesserung des allgemeinen Gesundheitszustandes der Bevölkerung durch Prävention“.³¹

Was genau Prävention ist, wie man den Begriff definiert und welche Unterteilungen es gibt, zeigt das nächste Kapitel.

³¹ Martin und Henke, 2008: S. 67

4 Prävention

Prof. Dr. Adelheid Kuhlmei, Direktorin des Instituts für Medizinische Soziologie an der Berliner Charité und BVPG-Vorstandsmitglied, Gerontologin und Medizinsoziologin bestätigt die essentielle Rolle der Prävention: „Die Bedeutung von Prävention und Gesundheitsförderung wächst, wenn das Leben immer länger wird. Wir wissen, dass chronische Krankheitszustände in späteren Lebensphasen ihre Wurzeln oft sehr früh im Lebensverlauf haben. Hier müssen Prozesse lebenslanger Prävention und Gesundheitsförderung ansetzen“.³²

Aber was bedeutet das Wort ‚Prävention‘? Es leitet sich vom lateinischen Begriff ‚praevenire‘ ab, das im Deutschen mit ‚zuvorkommen, verhüten‘ übersetzt werden kann. Prävention beinhaltet ein Handlungsprinzip: das Eintreten eines bestimmten Ereignisses soll verhindert oder zumindest hinausgeschoben werden.³³ Im Duden wird Prävention mit den Begriffen ‚Vorbeugung, Verhütung‘ definiert³⁴.

Vereinfacht lässt sich Prävention folgender Maßen darstellen:

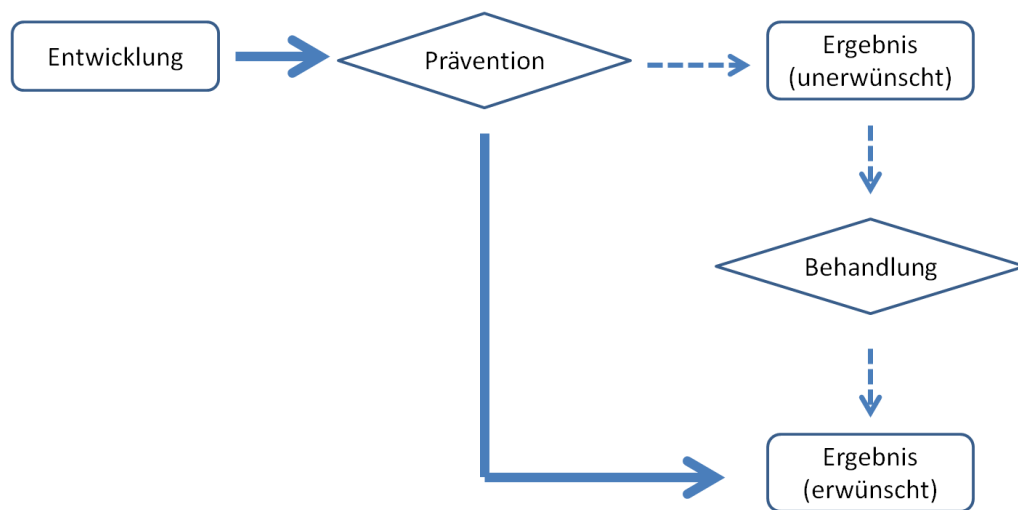


Abbildung 5: Interventionsvorstellungen von Prävention³⁵

Durch die Abbildung 5 soll verdeutlicht werden, dass am Ende einer Entwicklung ein unerwünschtes, also ein negatives Ergebnis stehen kann, das lediglich durch eine

³² Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V.: Interview Kuhlmei, 2009

³³ vgl. Bartens, 2008: S. 24

³⁴ Duden (2)

³⁵ vgl. Löcherbach, 2008: S. 46

eventuell schmerzhaft und kostenintensive Behandlung zu einem erwünschten, also positiven Ergebnis verändert werden kann – in den optimalen Fällen, während in anderen Fällen das unerwünschte Ergebnis oftmals endgültig sein kann. Durch Prävention kann allerdings schon vorzeitig dieses erwünschte, positive Ergebnis erreicht werden, ohne dafür den Umweg über das unerwünschte Ergebnis, also die Krankheit, gehen zu müssen. Das unerwünschte Ergebnis dient hier als eine Art Abschreckung.

Mit Prävention kann jeder Einzelne bereits bei sich selber anfangen. Es beginnt bei ausreichender Bewegung und gesunder Ernährung und endet bei einer geeigneten Wohnung fürs hohe Alter. Prävention heißt schließlich sinngemäß Vorsorge. Die kann bereits in jedem Alter getroffen werden. Das Argument, man sei zu alt, um noch mit dem Sport anzufangen, gilt demnach nicht. Es ist nie zu spät, sich mit seiner eigenen Gesundheit und Lebensweise zu beschäftigen und diese ins Positive zu verändern.

„Ziel von Prävention und Gesundheitsförderung ist es unter anderem, die Eigenverantwortung der Bevölkerung zu steigern, Frühverrentungen zu vermeiden und die Lebensqualität und Leistungsfähigkeit bis ins hohe Alter zu erhalten und zu stärken“³⁶. Die Prävention sollte allerdings nicht nur für jeden persönlich einen hohen Stellenwert haben, auch für das Gesundheitswesen ist sie von höchster Bedeutung. Durch Prävention können Krankheiten und körperlichen / seelischen Beschwerden vorgebeugt werden, wodurch spätere Behandlungskosten eingespart werden können. Eine Krebsvorsorge-Untersuchung ist wesentlich günstiger als eine spätere eventuelle Krebsbehandlung mit Chemotherapie, Bestrahlung und Medikamenten – von den physischen und psychischen Strapazen ganz abgesehen.

Auch in der Literatur lässt sich die Wichtigkeit von Prävention zu finden: „Präventive Maßnahmen sind sowohl ein öffentliches als auch ein privates Gut. Prävention zielt als privates Gut auf die Verbesserung des Gesundheitszustandes des einzelnen Gesellschaftsmitglieds ab. Durch die Vermeidung von Krankheit und vorzeitigem Tod ergeben sich positive Effekte für die Arbeitsfähigkeit und die Einkommenserzielung und somit für das individuelle Glück. Zum anderen trägt Prävention auch zur Verbesserung der Volksgesundheit und damit zu einer Erhöhung des Humankapitals bei. Dies wiederum führt zu einer Zunahme der Wertschöpfung und somit zu einer Erhöhung der Wohlfahrt in einer Volkswirtschaft“.³⁷

³⁶ Bundesministerium für Bildung und Forschung: Präventionsforschung, 2011

³⁷ Oberender, Hebborn und Zerth, 2002: S.139f

Da es zahlreiche Möglichkeiten gibt, Prävention zu betreiben, lässt sich der Begriff, je nach Stadium der Krankheit, in drei Untergliederungen klassifizieren: primäre, sekundäre und tertiäre Prävention.

	Primäre Prävention	Sekundäre Prävention	Tertiäre Prävention
Zeitpunkt der Intervention	Vor Eintreten einer Krankheit	In Frühstadien einer Krankheit	Nach Manifestation / Akutbehandlung einer Krankheit
Ziel der Intervention	Verringerung der Inzidenz von Krankheiten	Eindämmung der Progredienz oder Chronifizierung einer Krankheit	Verhinderung von Folgeschäden oder Rückfällen
Adressaten der Intervention	Gesunde bzw. Personen ohne Symptomatik	Akutpatienten/ Klienten	Patienten mit chronischer Beeinträchtigung und Rehabilitanden

Tabelle 1: Klassifikation von Präventionsmaßnahmen³⁸

4.1 Primäre Prävention

Die primäre Prävention stammt aus dem Jahr 1964 von dem amerikanischen Psychiater Caplan. Zusammen mit der nachfolgenden sekundären und tertiären Prävention bildet die primäre Prävention bei Caplan eine temporale Dreiteilung.³⁹

Laut einem Gutachten des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen des Deutschen Bundestags zielt Primärprävention „auf die Sen-

³⁸ vgl. Leppin, 2009: S. 33

³⁹ vgl. Papenkort, 2008: S. 273

kung der Eintrittswahrscheinlichkeit von Krankheiten und Unfällen bei einem Individuum oder einer (Teil-) Population [ab]. Das gesundheitspolitische Ziel ist die Senkung der Inzidenz von Krankheiten und Unfällen“.⁴⁰ Die Primärprävention richtet sich demnach an diejenigen, die unter keinen Beschwerden oder bestimmten Symptomen leiden. Maßnahmen der Primärprävention können Impfungen, Vorsorgeuntersuchungen oder Vorkehrungen zur Stärkung von Abwehrmechanismen sein, aber auch Gesundheitsaufklärungen in Schulen oder Betrieben. Die Bereitstellung von sauberem Trinkwasser gehört ebenfalls dazu. Es geht aber auch um die „Vermeidung der Risikofaktoren chronischer Krankheiten wie Rauchen, ungesunde Ernährung, Übergewicht und Adipositas, mangelnde körperliche Aktivität, Alkoholmissbrauch etc. Die Primärprävention zielt auf die Senkung der Eintrittswahrscheinlichkeit dieser und anderer Krankheiten [ab]. Über 50% der chronischen Krankheiten sind nach dem Stand der Literatur über die primäre Prävention der Risikofaktoren vermeidbar“.⁴¹

Primärprävention soll demnach die vorhandene Gesundheit verbessern. Mortalität (Sterberate) und Morbidität (Krankheitshäufigkeit) und die daraus folgende, schlechtere Lebensqualität sollen vermieden, abgeschwächt oder zeitlich verschoben werden. Ebenso die direkten oder indirekten Krankheitskosten. Primärprävention ist also eine Investition in die Gesundheit, was aufgrund des Demographischen Wandels immer wichtiger wird.⁴²

Primärprävention am Arbeitsplatz ist beispielsweise das Erkennen von Unfallrisiken, die Früherkennung von Krankheiten bzw. arbeitsbedingten gesundheitlichen Schäden oder Beratungen der Mitarbeiter. Auch die Einrichtung ergonomischer Arbeitsplätze zählt hierzu.

4.2 Sekundäre Prävention

„Sekundärprävention dient der Krankheitsfrüherkennung und Krankheitseindämmung. Oft ohne eine für die Betroffenen wahrnehmbare Krankheitssymptomatik hat der pathogenetische Prozess hier bereits seinen Anfang genommen. Indem dies mit Hilfe spezieller diagnostischer Maßnahmen festgestellt wird, kann durch therapeutisches Eingreifen ein Fortschreiten der Krankheit jedoch verhindert oder zumindest abgeschwächt werden. Das ‚klassische‘ Beispiel für sekundärpräventive Maßnahmen sind individuelle Krankheitsfrüherkennungsuntersuchungen und Massen-Screenings (z.B.

⁴⁰ Gutachten Deutscher Bundestag, 2005: S. 99

⁴¹ Martin und Henke, 2008: S. 11f

⁴² vgl. Gutachten Deutscher Bundestag, 2005: S.99

Mammografien)“.⁴³ Auf solch eine Untersuchung hat jeder Versicherte am dem 35. Lebensalter einen gesetzlichen Anspruch. Hierbei werden eine Anamnese, klinische Untersuchungen, Laboruntersuchungen und eine anschließende Beratung über die Ergebnisse durchgeführt.⁴⁴ Zusätzlich haben Frauen bereits ab ihrem 20. Lebensjahr Anspruch auf eine jährliche Krebsvorsorgeuntersuchung beim Gynäkologen.

Die Sekundärprävention richtet sich demnach an augenscheinlich Gesunde und Beschwerdefreie, die allerdings gefährdet sind oder sich bereits im Frühstadium einer Krankheit befinden und „versucht, gesundheitsschädigende Verhaltensweisen zu verändern, um die Erkrankungsdauer zu verkürzen und ein Fortschreiten der Erkrankung zu verhindern. Beispiele hierfür sind die Aufklärung über die Einnahme von Medikamenten, die Ernährungsberatung für Diabetiker oder die Rehabilitation bei Herzpatienten“.⁴⁵

Im Unternehmen führt der Arbeitsmediziner sekundäre Prävention durch. Sie beinhaltet die Betreuung arbeitsfähiger Suchtkranker und chronisch Kranker im Unternehmen, die z.B. an Diabetes, Anfallskrankheiten oder chronischen Beschwerden des Bewegungsapparates leiden.⁴⁶

4.3 Tertiäre Prävention

„Tertiärprävention bezeichnet in einem weiteren Sinne die Behandlung einer Krankheit mit dem Ziel, ihre Verschlimmerung zu vermeiden oder zu verzögern. In einem engeren Sinne beinhaltet sie die Vermeidung, Linderung oder Kompensation von Einschränkungen und Funktionseinbußen, die aus einer Krankheit oder aus einem Unfall resultieren (Rehabilitation)“.⁴⁷

Tertiärprävention zielt dementsprechend auf Menschen ab, die bereits betroffen und Patienten/ -innen sind, weil sie an irreversiblen Erkrankungen leiden. Wenn Behinderte darüber aufgeklärt werden, wie sie mit speziellen Hilfsmitteln umgehen können, zählt dies ebenfalls zur tertiären Prävention.

⁴³ Leppin, 2009: S. 32

⁴⁴ vgl. Bormann, 2008: S. 72

⁴⁵ Naidoo und Wills, 2010: S.87

⁴⁶ vgl. Seidel, 2009: S. 239

⁴⁷ Gutachten Deutscher Bundestag, 2005: S. 99

Die Tertiärprävention am Arbeitsplatz ist mit dem Wiedereingliederungsmanagement vergleichbar. Ziel ist die Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit und Leistungsfähigkeit der Arbeitnehmer.

In der Prävention wird allerdings nicht nur zwischen primärer, sekundärer und tertiärer Prävention unterschieden, die sich nach dem Stadium der Krankheit richten, sondern auch zwischen Verhaltens- und Verhältnisprävention, die in ihrem Ansatzpunkt differieren und von Tuomi und Ilmarinen im Jahr 1999 als Schlüssel zum Erfolg identifiziert wurden⁴⁸. Sie werden in den nächsten beiden Unterkapiteln erläutert.

4.4 Verhaltensprävention

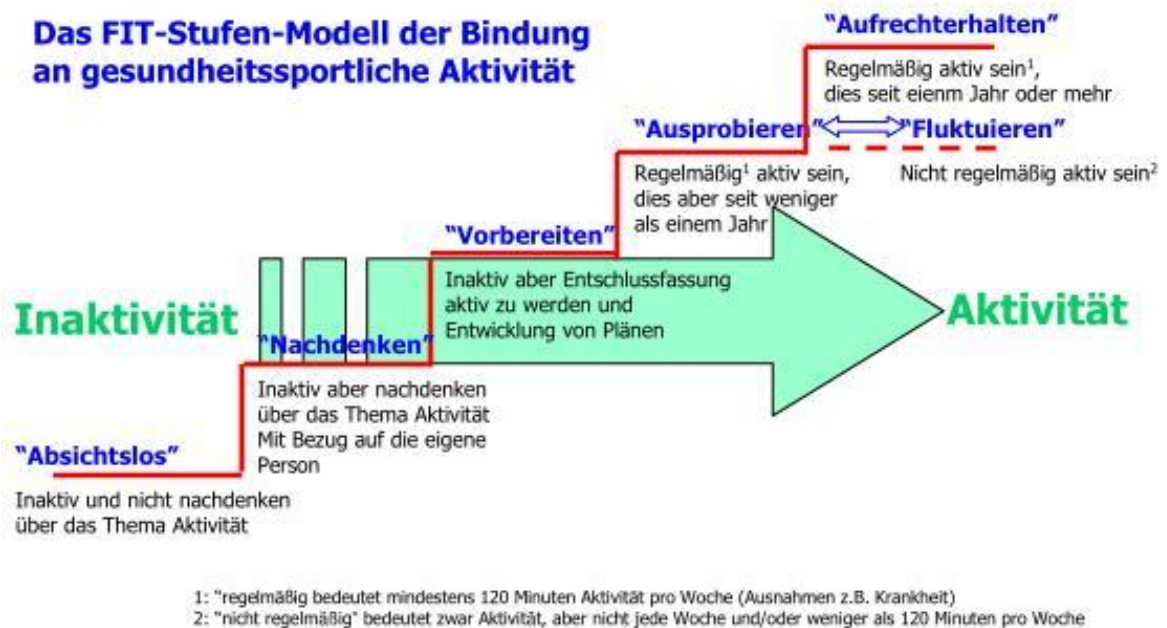
Ziel der Verhaltensprävention ist es, individuelles Verhalten bzw. Risikoverhalten zu verbessern und Menschen dazu zu bringen, medizinisch-technologische Maßnahmen, z.B. Impfungen oder Vorsorgeuntersuchungen durchführen zu lassen⁴⁹. Weitere Beispiele hierfür sind Aufklärungs-Fernsehsports, Vorträge oder schulische Förderungsprogramme, mit denen versucht wird, jeden Einzelnen in seinem Gesundheitsverhalten positiv zu beeinflussen, und dazu zu bewegen, dieses bewusst zu verändern. „Gemeint sind alle Maßnahmen, die an Personen, ihrer Motivation, Kompetenz und ihrem Verhalten, aber auch an Kleingruppen mit ihren Interaktionen ansetzen: personal- und massenkommunikativ“⁵⁰.

Für den Prozess der Verhaltensänderung gibt es in der Wissenschaft ein eigenes Modell, das sogenannte FIT-Stufen-Modell (Four steps from Inactivity To activity). Es zeigt die stufenweise Veränderung von der Inaktivität zur Aktivität. Das Modell beinhaltet die Stufen ‚Absichtslos‘, ‚Nachdenken‘, ‚Vorbereiten‘ und ‚Ausprobieren‘. Abbildung 6 bildet zusätzlich noch eine weitere Stufe ab, das ‚Aufrechterhalten‘, was erst eintritt, wenn die jeweilige Person seit mindestens einem Jahr regelmäßig körperlich aktiv ist. Alternativ gibt es zu dieser Stufe noch das ‚Fluktuieren‘, wenn die Person nach dem Ausprobieren nicht regelmäßig aktiv wird oder bleibt – diese Alternative ist allerdings nicht anzustreben.

⁴⁸ vgl. Uhle und Treier, 2011: S. 104

⁴⁹ vgl. Leppin, 2009: S. 36

⁵⁰ Papenkort, 2008: S. 278

Abbildung 6: FIT-Stufen-Modell⁵¹

Möchte man eine andere Person, die bis jetzt körperlich inaktiv ist und sich zudem nicht mit dem Thema Bewegung befasst, zu einer Verhaltensänderung bewegen, muss diese als Erstes zum Nachdenken gebracht werden. Bevor man die Person zu körperlicher Aktivität überredet, sollten Denkanstöße gegeben werden, damit sie sich mit der eigenen Person und Leistungsfähigkeit auseinander setzt. Wenn das erfolgreich gelungen ist, sollten zusammen Pläne entwickelt werden, die zur Aktivität führen sollen. Erst danach sollte die Zielperson ausprobieren, sich zu bewegen – vielleicht auch durch verschiedene Sportarten. Ziel ist es, sich regelmäßig zu bewegen. Sobald die Person dies macht, wurde eine Verhaltensänderung erreicht. Ab diesem Punkt ist das Ziel, diese regelmäßige körperliche Aktivität aufrecht zu erhalten.

Die Verhaltensprävention ist, verglichen mit dem Gegenstück Verhältnisprävention, schwerer umzusetzen, da man nicht selber für eine Verhaltensänderung einer anderen Person sorgen kann. Man kann lediglich versuchen die Person von den Vorteilen einer Verhaltensänderung zu überzeugen. Am Ende liegt es aber dennoch bei jedem selber, beispielsweise mit dem Rauchen aufzuhören oder sich gesünder zu ernähren.

⁵¹ Strobl, 2010/11: Folie 5

Verhaltensprävention am Arbeitsplatz bedeutet, dass Regeln zur Minderung und Vermeidung von Gefährdungen aufgestellt werden, die von den Arbeitnehmern verstanden und umgesetzt werden müssen⁵².

4.5 Verhältnisprävention

„Verhältnisprävention setzt dagegen auf Veränderungen in der Umwelt von Individuen, wie z.B. eine flächendeckende Fluoridierung des Trinkwassers, ergonomische Maßnahmen an Arbeitsplätzen, die Einführung einer Salatbar in der Cafeteria eines Betriebs, der serienmäßige Einbau von Airbags in Autos, aber auch die Flexibilisierung von Arbeitszeiten oder Einführung transparenter und partizipativer Entscheidungs- und Führungsstrukturen in Betrieben oder gesetzliche Regelungen zum Verbot gesundheitsschädlicher Baustoffe wie Asbest. Auch die Schaffung präventiver gesundheitlicher Versorgungsstrukturen wie Impfaktionen, Vorsorgeangebote etc. gehört in die diesen Bereich.“⁵³

Zur Verhältnisprävention zählen demnach alle Maßnahmen, die die natürliche, technische, soziale und kulturelle Umwelt einer Person betrifft. Diese Maßnahmen können beispielsweise in Kindertageseinrichtungen, Schulen, Betrieben oder Stadtteilen durchgeführt werden.⁵⁴ Hierbei wird das Umfeld eines Menschen oder einer bestimmten Menschengruppe mit dem Ziel verändert, daraus verbesserte gesundheitliche Bedingungen und Gegebenheiten entstehen zu lassen. Es geht nicht darum, den Menschen selber zu beeinflussen und zu verändern, sondern darum, sein Umfeld so gesundheitsförderlich wie möglich zu gestalten.

Gerade für Unternehmen ist die Verhältnisprävention sehr wichtig, um den Arbeitnehmern den bestmöglichen Rahmen für hohe Leistungsbereitschaft und Produktivität zu bieten. Verhältnisprävention am Arbeitsplatz meint ebenso, das Umfeld eines Mitarbeiters, vor allem seinen Arbeitsplatz gesundheitsförderlich und ergonomisch zu gestalten⁵⁵.

Der größtmögliche Erfolg lässt sich allerdings mit der Kombination aus Verhaltens- und Verhältnisprävention erzielen, wie folgende Abbildung zeigt:

⁵² vgl. Seidel, 2009: S. 234

⁵³ Leppin, 2009: S. 36

⁵⁴ vgl. Papenkort, 2008: S. 278

⁵⁵ vgl. Seidel, 2009: S. 234

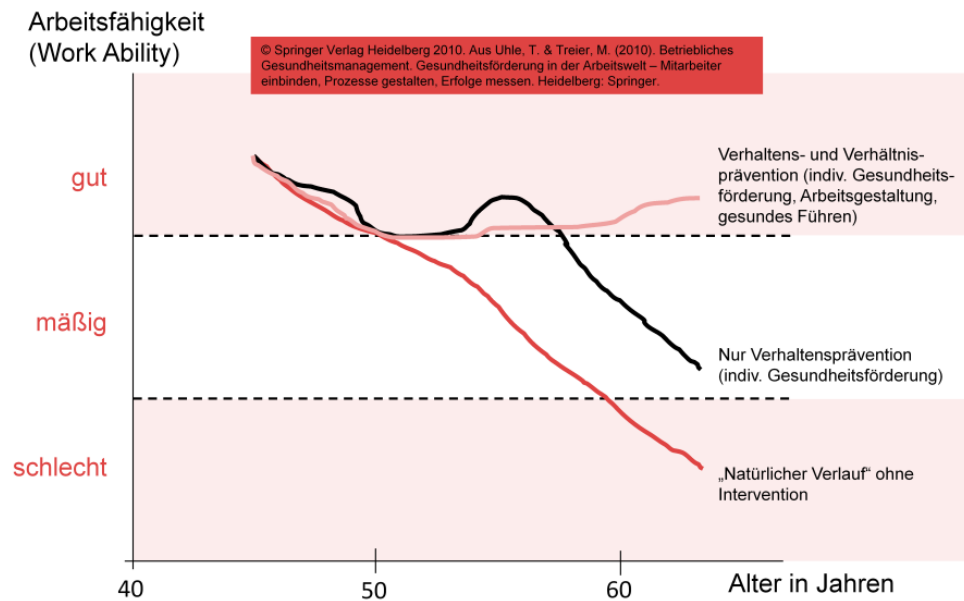


Abbildung 7: Verlauf der Leistungsfähigkeit⁵⁶

Mit einer Kombination aus Verhaltens- und Verhältnisprävention kann demnach die Leistungsfähigkeit auch bis ins höhere Alter auf einem guten Niveau erhalten werden. In Unternehmen zählen zu den Faktoren der Verhaltensprävention u.a. Selbstregulation, Gesundheitsbewusstsein, Gesundheitsverhalten und Einstellungen. Diese Faktoren können allerdings nur wirken, wenn sie auf dem Grundgerüst der Verhältnisprävention aufgebaut werden: hierzu zählen Arbeitsorganisation, -bedingungen und -aufgaben, aber auch Leitbilder, Führungs- und Unternehmenskultur. Nur wenn Verhaltens- und Verhältnisprävention umgesetzt werden, lassen sich bestmögliche Erfolge erzielen.⁵⁷

⁵⁶ Uhle und Treier, 2011: S. 105

⁵⁷ vgl. Uhle und Treier, 2011: S. 293

5 Analyse der Medikalisierungs- und Kompressionsthese

Diese Arbeit hat bereits den Demographischen Wandel und seine weitreichenden Konsequenzen dargestellt: das erhöhte Lebensalter hat gravierende Auswirkungen auf die Gesundheit der Bevölkerung und die damit verbundenen Kosten für das Gesundheitssystem.

Grundsätzliche können die in Folge des Demographischen Wandels dazugewonnenen Lebensjahre entweder in Gesundheit oder in Krankheit verlebt werden – welche Variante eintreffen wird, wird kontrovers diskutiert⁵⁸. In diesem Zusammenhang sind zwei Thesen entstanden, „[d]enn Prävention ist nur möglich, wenn zwischen zwei angenommenen Zukünften unterschieden wird. Da ist zum einen die als negativ wahrgenommene Zukunft, die ohne Prävention eintreten droht. Ihr steht die positiv wahrgenommene Zukunft gegenüber, die das Ergebnis der präventiven Anstrengungen ist.“⁵⁹ Die negativ wahrgenommene Zukunft lässt sich als Medikalisierungsthese auslegen, während die Kompressionsthese für die positiv wahrgenommene Zukunft mit dem positiven Ergebnis stehen kann. In dieser Reihenfolge werden nun zuerst die Medikalisierungsthese und anschließend die Kompressionsthese analysiert.

5.1 Medikalisierungsthese

Die Medikalisierungsthese wurde im Jahr 1977 von Ernest M. Gruenberg begründet⁶⁰. Sie besagt, dass die Menschen durch die steigende Lebenserwartung vermehrt Jahre mit Krankheiten zu kämpfen haben und dadurch mehr Behandlungen brauchen, die noch höhere Kosten verursachen. Der Preis für die steigende Lebenserwartung ist mit deutlich höheren Ausgaben im Gesundheitswesen sehr hoch⁶¹.

Auch L.M. Verbrugge bestätigt im Jahr 1984 die Ansicht von Gruenberg: „die Morbidität [wird] im Verhältnis zur Gesamtbevölkerung wie auch die altersspezifische Morbidität aufgrund des individuellen gesundheitlichen Fehlverhaltens sowie des medizinisch-technischen Fortschritts ansteig[en]. [...] Gemäß der Medikalisierungsthese bleibt das

⁵⁸ vgl. Oberender, Hebborn und Zerth, 2002: S. 117

⁵⁹ Bartens, 2008: S. 32

⁶⁰ vgl. Gutachten Deutscher Bundestag, 2009: S. 71

⁶¹ vgl. Niehaus, 2006: S. 14

Alter, in dem die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen infolge chronischer Erkrankungen stark ansteigt, unverändert“.⁶² Da sich die Lebenszeit allerdings verlängert, dehnt sich somit auch die Krankheitsphase aus. Individuelles gesundheitliches Fehlverhalten liegt dann vor, wenn (vor allem junge) Leute oftmals nicht auf eine gesunde, ausgewogene Ernährung und ausreichend Bewegung achten.

Betrachtet man die Krankheitskosten für beispielsweise Herz-Kreislaufkrankheiten, lediglich vom Demographischen Wandel und keinen weiteren Faktoren abhängig, sieht der Verlauf, unter Annahme der Medikalisierungsthese, folgendermaßen aus:

	< 15-65	65+	Gesamt
2002	11.874	23.481	35.355
2010	12.599	27.436	40.035
2020	12.926	30.810	43.736
2030	11.548	36.874	48.422
2040	10.918	39.336	50.254
2050	10.404	40.818	51.222

Tabelle 2: Direkte Krankheitskosten für Herz-Kreislaufkrankheiten je Einwohner in Mill. Euro⁶³

Die direkten Krankheitskosten für Herz-Kreislaufkrankheiten im Bereich 15- bis 65-Jähriger nimmt bis zum Jahr 2050 sogar um 1.470 Mill. € ab. Obwohl man dieses Defizit auf den allgemeinen Rückgang der Bevölkerungsanzahl insgesamt schließen kann, ist diese Tatsache an sich lobenswert. Bei Betrachtung der Kosten der über-65-Jährigen zeigt sich jedoch ein Anstieg von 17.337 Mill. € bis zum Jahr 2050. Die Einsparungen in jüngeren Jahren können also die vermehrten Ausgaben im Seniorenbereich nicht ausgleichen und so würden die Gesamtkosten innerhalb von 48 Jahren um ganze 15.867 Mill. € ansteigen, wenn die Medikalisierungsthese einträfe. Natürlich darf nicht vergessen werden, dass diese Zahlen lediglich vom Demographischen Wandel und von keinen weiteren Faktoren abhängig sind, doch die angezeigte Tendenz zu

⁶² Braun und Schumann, 2007: S. 5

⁶³ vgl. Martin und Henke, 2008: S. 69

vermehrten Kosten beim Eintreffen der Medikalisierungsthese ist hier das Ausschlaggebende.

Falsche Ernährung, Bewegungsmangel und / oder (frühzeitiges) Übergewicht ziehen bekanntlich schwere gesundheitliche Schäden nach sich. Wer z.B. an Diabetes erkrankt, muss sein Leben lang Medikamente einnehmen, die sehr kostenintensiv sind. Auch der medizinische Fortschritt kann lebenslange hohe Kosten mit sich bringen. Während früher Menschen mit schweren Krankheiten verstorben sind, können sie heutzutage durch modernste Geräte behandelt werden, die sie aber entweder ein Leben lang nutzen müssen (z.B. ein Dialysegerät) oder durch die sie für den Rest ihres Lebens von teuren Medikamenten abhängig sind. Durch neue medizinische Technologien gelingt es immer häufiger, jemandem vor dem Tod zu retten, allerdings nicht, ihn dauerhaft zu kurieren. Zusätzlich wird aufgrund des Demographischen Wandels und der damit angenommenen Verlängerung der Krankheitsphase die Nachfrage nach altersgerechten Gesundheitsleistungen weiterhin ansteigen⁶⁴.

Auch der Deutsche Bundestag bestätigt in seinem Gutachten zur Entwicklung im Gesundheitswesen: „Die Medizin konzentriert sich [...] in ihrem Selbstverständnis grundsätzlich auf die Kuration bzw. (im Fall von chronischen Krankheiten) auf die Linderung bereits existierender Gebrechen, insbesondere mit dem Ziel einer Lebensverlängerung des Betroffenen. Demnach gelang es aufgrund von medizinisch-technischem Fortschritt in der Vergangenheit immer besser, die mit chronischen Krankheiten einhergehenden Komplikationen (z.B. Pneumonie) besser in den Griff zu bekommen, ohne jedoch das Voranschreiten der eigentlichen (chronischen) Krankheit signifikant aufhalten zu können. Als Folge dieser Entwicklung expandiert mit der Zunahme der Lebenslänge die Morbiditätsdauer. So nimmt z.B. bei unverändertem Alter beim Ausbruch der Krankheit die Lebenslänge und damit die Morbiditätsdauer zu“.⁶⁵

In Zusammenhang mit der Medikalisierungsthese lässt sich somit die groteske Behauptung aufstellen, es sei sogar günstiger für Krankenkassen, auf Prävention für die Mitglieder zu verzichten, da sie die Lebenszeit verlängert; damit könnten die oft höheren Kosten in den gewonnenen Lebensjahre vermieden werden⁶⁶.

Tritt die Medikalisierungsthese ein, steigen somit mutmaßlich die Gesundheitsausgaben. Damit das Gesundheitssystem diese erhöhten Kosten stemmen und in seiner

⁶⁴ vgl. Oberender, Hebborn und Zerth, 2002: S. 118

⁶⁵ Gutachten Deutscher Bundestag, 2005: S. 100

⁶⁶ vgl. Oberender, Hebborn und Zerth, 2002: S. 141

jetzigen Form weiterbestehen kann, würden infolgedessen mit großer Wahrscheinlichkeit die Beiträge für Krankenversicherte ansteigen.

5.2 Kompressionsthese

Die Kompressionsthese geht auf den amerikanischen Wissenschaftler J.F. Fries aus dem Jahr 1980 zurück⁶⁷. Im Gegensatz zur Medikalisierungsthese geht sie davon aus, dass die durch den Demographischen Wandel dazugewonnene Lebenszeit hauptsächlich gesund verbracht wird.

Der Begriff Kompression stammt vom lateinischen Wort ‚comprimere‘ und bedeutet in der deutschen Übersetzung ‚zusammendrücken‘⁶⁸. J.F. Fries stellte die These auf, da er der Meinung war, „dass die Zukunft nicht von weiterer Verlängerung des Lebens, sondern von einer qualitativen Verbesserung der gewonnen Jahre geprägt sein werde: Durch die Verbesserung der Lebensverhältnisse und den Fortschritt der Medizin werde es zu einer Ausweitung der von Krankheit und Behinderung freien Lebensjahre kommen. Mit anderen Worten, die in Krankheit verbrachte Lebenszeit werde verkürzt und immer mehr auf das Lebensende verschoben, also auf die Zeit unmittelbar vor dem Tod komprimiert“.⁶⁹

Eine Verbesserung der Lebensverhältnisse kann vor allem mit Prävention erzielt werden, denn durch eine gesündere Ernährung, mehr Bewegung und eine bessere Versorgung kann der Gesundheitszustand länger erhalten bleiben. Aus diesem Gründen erreicht man in gesundem Zustand ein hohes Alter, in dem die Krankheitsdauer direkt vor dem Tod komprimiert, also stark verkürzt ist.

Zur Verdeutlichung des Unterschieds zwischen Kompressions- und Medikalisierungsthese, im Vergleich zum ursprünglichen Zustand, dient nachfolgende Abbildung. Sie zeigt die Differenzen in dem Zeitpunkt des Krankheitsbeginns und der Dauer der Krankheitsphase:

⁶⁷ vgl. Schumann, 2009: S. 4

⁶⁸ vgl. Duden (1)

⁶⁹ Bundeszentrale für politische Bildung: Auswirkungen des demografischen Wandels auf die GKV

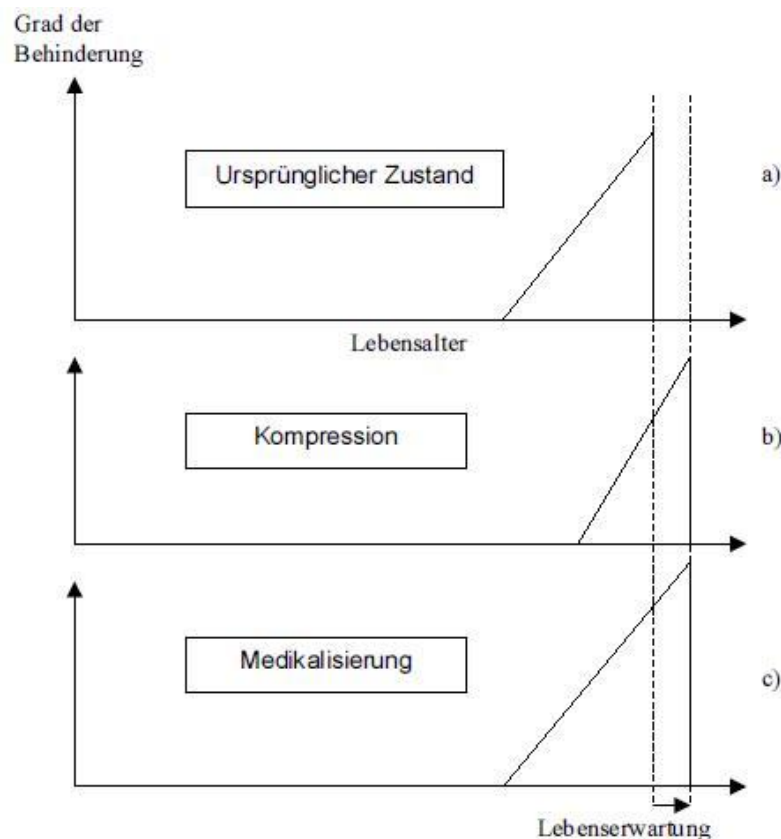


Abbildung 8: Schematische Darstellung der Kompressions- und der Medikalierungsthese⁷⁰

Das Dreieck zeigt den Zeitpunkt, an dem die Krankheit einsetzt. Der Grad der Behinderung erhöht sich, je näher man sich dem Tod nähert. Die beiden senkrechten Linien (teilweise gestrichelt) zeigen die aktuelle und die erhöhte Lebenserwartung. Laut der Medikalierungsthese (Graph c) bleibt das Alter, in dem man erkrankt, gleich wie im ursprünglichen Zustand, z.B. bei 55 Jahren. Doch durch die verlängerte Lebenszeit (z.B. von 80 auf 85 Jahre) verlängert sich auch die Zeitspanne, die in Krankheit verlebt wird (von 25 auf 30 Jahre). Dagegen tritt der Krankheitsbeginn laut der Kompressionsthese (Graph b) erst zu einem späteren Zeitpunkt ein, z.B. im Alter von 70 Jahren. Trotz verlängerter Lebenszeit (bis 85 Jahre) ist die Krankheitsspanne im Endeffekt aber kürzer (15 Jahre) als im ursprünglichen Zustand (25 Jahre) oder bei Eintritt der Medikalierungsthese (30 Jahre).⁷¹

⁷⁰ Niehaus, 2006: S. 15

⁷¹ vgl. Niehaus, 2006: S. 14ff

Der Deutsche Bundestag bestätigt in seinem Gutachten zur Entwicklung im Gesundheitswesen, dass die Verschiebung des Ausbruchs einer Krankheit zu einem späteren Zeitpunkt u.a. auf Gesundheitsförderung und Primärprävention zurückgeht⁷².

In ebendiesem Gutachten bestärkt der Deutsche Bundestag auch die zuvor erläuterte Wirkung der Kompressionsthese: „Der Inhalt der Hypothese besteht vor allem darin, dass sich die Phase der Morbidität im Lebenslauf bei einer Steigerung der Lebenserwartung nicht in gleichem Maße verlängern muss wie die Lebensspanne. Eine Kompression der Morbidität liegt vor, wenn die für ein höheres Lebensalter typische Belastung durch chronische Krankheiten bzw. Behinderungen schneller zurückgeht als die Mortalität“.⁷³

In der Literatur sind zudem Spekulationen zu den möglichen Auswirkungen der Kompressionsthese auffindbar: mit dem Eintreten der Kompressionsthese könne die Nachfrage nach medizinischen Behandlungen zurückgehen, da das Krankheitsniveau in den gewonnenen Lebensjahren sinkt⁷⁴. Eine unterstützende Maßnahme wäre hier sicherlich die Prävention, die ebenfalls die Nachfrage nach medizinischer Versorgung im gehobeneren Alter reduzieren kann. Die Kompressionsthese besagt: „die nachrückende Altersgeneration [wird] aufgrund weniger belastender Arbeitsbedingungen, einer gesünderen Lebens- und Ernährungsweise, eines höheren Aktivitätsgrades sowie der Fortschritte in Prävention und Medizintechnologie weniger Funktionseinschränkungen aufweisen als die vorhergehende Altersgeneration“⁷⁵.

Die Schlussfolgerung hieraus ist folglich eine Entlastung für das Gesundheitssystem durch geringere Kosten, aufgrund der erhöhten Lebenserwartung⁷⁶.

5.3 Thesenvergleich

Um beide Thesen direkt miteinander vergleichen zu können, werden sie in diesem Unterkapitel direkt gegenüber gestellt. Folgende Abbildung veranschaulicht den Vergleich:

⁷² vgl. Gutachten Deutscher Bundestag, 2005: S. 100

⁷³ Gutachten Deutscher Bundestag, 2005: S. 99

⁷⁴ vgl. Braun und Schumann, 2007: S. 5

⁷⁵ Oberender, Hebborn und Zerth, 2002: S. 117

⁷⁶ vgl. Niehaus, 2006: S. 102

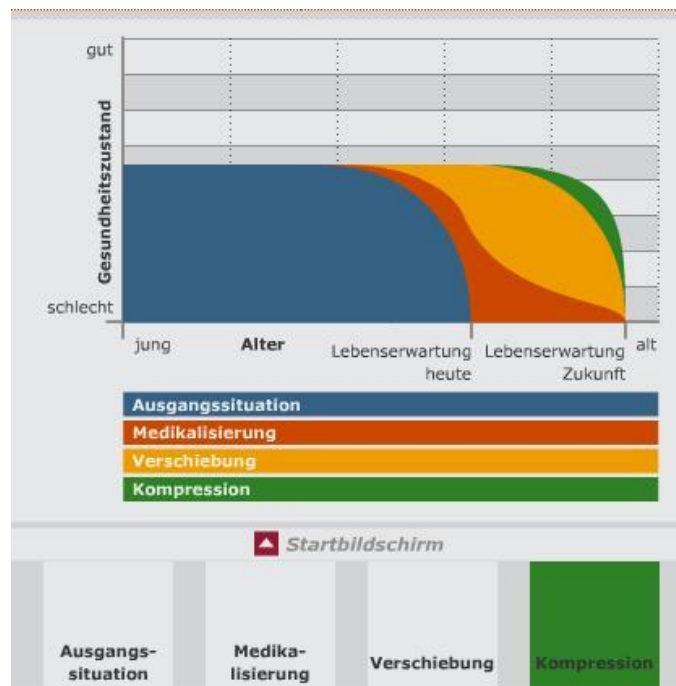


Abbildung 9: Drei Szenarien: Medikalisierung - Verschiebung der Morbidität - Kompression⁷⁷

Der blau markierte Bereich steht für die Ausgangssituation und die Lebenserwartung aus der heutigen Zeit. Im dunkelorangeen Bereich (Medikalisierungsthese) ist die höhere Lebenserwartung sehr deutlich zu sehen (x-Achse: Alter), die zusätzlichen Jahre werden jedoch hauptsächlich in einem vor allem schlechten Gesundheitszustand verbracht (y-Achse: Gesundheitszustand). Genau in diesem Zeitraum steigen demnach auch die Gesundheitskosten horrend an. Der orange-gelb markierte Bereich zeigt die Verschiebung des Gesundheitszustand-Verlaufes in ein höheres Alter, gemäß dem demographischen Wandel. Demnach würde es bei gleichem Krankheitsverlauf bleiben, der allerdings in ein höheres Alter verschoben werden würde. Der grüne Bereich verzeichnet schlussendlich den Verlauf im Sinne der Kompressionsthese. Hier lebt man den Großteil seines Lebens gesund, auch über die heutige Lebenserwartung hinaus. Der Gesundheitszustand verschlechtert sich erst kurz vor dem Tod, der allerdings sehr viel später eintritt. Da der Zeitabschnitt in Krankheit bei der Kompressionsthese allerdings deutlich kleiner ausfällt als bei der Medikalisierungsthese, fallen hier dementsprechend auch weniger Kosten an.⁷⁸

Zu der Kostenreduktion durch die Kompressionsthese lässt sich auch die sogenannte altersbasierte Rationierung zählen: sie besagt, dass Ärzte bei einem alten Patienten

⁷⁷ Bundeszentrale für politische Bildung: Auswirkungen des demografischen Wandels auf die GKV

⁷⁸ vgl. Bundeszentrale für politische Bildung: Auswirkungen des demografischen Wandels auf die GKV

weniger Behandlungen und somit weniger Kosten in die Heilung investieren als bei einem jüngeren Patienten mit gleicher Krankheit⁷⁹. Auch die Bundeszentrale für politische Bildung vertritt in einem Artikel über die Auswirkungen des demographischen Wandels auf die GKV diese Auffassung: „Je höher das Sterbealter, um so niedriger sind die Ausgaben für die Versterbenden. Der Grund: Bei jüngeren Menschen werden in dem Jahr vor dem Tod erheblich mehr und teurere medizinische Maßnahmen durchgeführt als bei Älteren. D.h., je jünger ein Mensch ist, um so mehr wird mit allen Mitteln der modernen Medizin versucht, das Leben zu erhalten.“⁸⁰ Es gibt sogar genaue Prozentzahlen, die diese Behauptung bekräftigen: die Kosten in den letzten beiden Lebensjahren liegen bei Menschen mit einem Sterbealter von 101 Jahren 63% unter den Kosten für diejenigen, die im Alter von 70 Jahren ableben⁸¹.

Beide Thesen, mit ihren Auswirkungen auf die Gesundheit der älteren Menschen und deren Leistungsanspruchnahme, haben folglich auch Konsequenzen für die Beitragshöhe der Kranken- und Pflegeversicherungen: „Bei gleichbleibenden Bedingungen hinsichtlich Leistungen der Krankenkassen ist aufgrund der demographischen Entwicklung mit einem Beitragssatz von etwa 19 Prozent zu rechnen, wenn die Kompressionsthese zutrifft. [...] Wird der Berechnung die Medikalisierungsthese zugrunde gelegt, steigt der Beitrag um weitere gut zwei Prozent an“.⁸²

Zusammenfassend lässt sich sagen: im Sinne der Kompressionsthese können Prävention und Gesundheitsförderung das Eintreten vieler Krankheiten zu einem späteren Zeitpunkt hin verschieben und somit die Dauer der gesunden Lebenszeit, auch im hohen Alter, verlängern. Im Gegenteil dazu geht die Medikalisierungsthese davon aus, dass die Menschen zwar durch kurative Medizin länger leben werden, diese zusätzlichen Jahre aber in Krankheit verbringen müssen. Dabei kann der Erfolg von Prävention belegt werden. Der funktionelle Status eines heute 70-jährigen kann mit dem eines 65-jährigen vor 30 Jahren verglichen werden.⁸³

⁷⁹ vgl. Fetzer, 2005: S. 10

⁸⁰ Bundeszentrale für politische Bildung: Auswirkungen des demografischen Wandels auf die GKV

⁸¹ vgl. Fetzer, 2005: S. 11

⁸² ARD: Mehr Alte – mehr Kosten, 2008

⁸³ vgl. Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V.: Interview Kuhlmei, 2009

6 Anwendung in Unternehmen

Alle Konsequenzen des demographischen Wandels gelten ebenso für alle Arbeitnehmer in deutschen und ausländischen Unternehmen. Auch hier herrscht das Problem vor, dass sich die Mitarbeiter, die sich jetzt im mittleren Alter befinden, zeitnah dem Rentenalter nähern und weniger jüngere Arbeitskräfte als in der Vergangenheit nachkommen. Doch auch die anderen Industriestaaten kämpfen mit gleichen Problemen und so ist es nicht damit getan, dieses aufkommende Defizit mit qualifizierten, ausländischen Arbeitern ausgleichen zu wollen. Jedes Unternehmen muss sich mit der Frage auseinander setzen, ob und wie es dafür sorgen möchte und kann, seine Mitarbeiter möglichst lange leistungsfähig zu erhalten. Denn die Wirtschaft wächst und somit steigen die Anforderungen an jeden einzelnen Mitarbeiter. Dieser „Belastungswandel in der Arbeitswelt spiegelt sich in der Zunahme der Informations- und Emotionsregulation wider. Technisierung, Informatisierung und Virtualisierung sowie die Zunahme psychosozialer Belastungen (Mobbing, Zeitdruck, Führung, kognitive Informationsverarbeitung usw.) kennzeichnen diesen Belastungswandel“⁸⁴.

Für die Unternehmen stellen sich folgende Fragen: lohnt es sich jetzt in die Prävention der Mitarbeiter zu investieren? Schließlich handelt es sich hier um finanziell hohe Investitionen. Profitieren Unternehmen wirklich von frühen Investitionen? Oder sollten sie einfach alles auf sich zukommen lassen? Kann es sich ein Unternehmen heutzutage überhaupt noch ‚leisten‘, nicht in die Gesundheit der Mitarbeiter zu investieren?

Dieses Kapitel beschäftigt sich damit, wie Unternehmen mit diesen Fragen umgehen. Die meisten Unternehmen, die sich dazu entscheiden, die Gesundheit ihrer Mitarbeiter zu fördern, tun dies, indem sie ein Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM) etablieren. Doch was ist mit den Unternehmen, die sich gegen Prävention entscheiden?

Gerade weil das Thema Gesundheit einen so hohen Stellenwert erreicht hat, kann es sich heutzutage, schon aus Imagegründen, kein Unternehmen leisten, zuzugeben, dass es nicht an der Gesundheit der eigenen Arbeitnehmer interessiert ist und etwas dazu beitragen möchte, diese zu verbessern und zu fördern. Kapitel 6.2 zeigt auf, warum gerade Klein- und Mittelständische Unternehmen (KMU: in der Regel bis zu 250 Mitarbeitern) oftmals kein BGM haben, somit nicht in die Prävention investieren und ihre Unternehmensphilosophie deswegen der Medikalisierungsthese zugeschrieben werden kann.

⁸⁴ Uhle und Treier, 2011: S. 35

Dem gegenüber sind die E.ON Ruhrgas AG und ein weiteres Unternehmen, das auf eigenen Wunsch anonymisiert wurde und im Folgenden ‚Unternehmen A‘ genannt wird, von den positiven Konsequenzen der Prävention überzeugt – gemäß der Kompressionsthese, weswegen ihre BGM in Kapitel 6.3 erläutert werden. Als Basis soll zunächst der Begriff ‚Betriebliches Gesundheitsmanagement‘ erklärt werden.

6.1 Betriebliches Gesundheitsmanagement

„Betriebliches Gesundheitsmanagement [...] legt die Vorgehensweise zur Zielerreichung fest, durch die Entwicklung betrieblicher Rahmenbedingungen, Strukturen und Prozesse. Ziel ist es, Arbeit und Organisation gesundheitsförderlich zu gestalten und die Beschäftigten zu einem gesundheitsförderlichen Verhalten zu befähigen.“⁸⁵ Es beinhaltet demnach sowohl Verhaltens- als auch Verhältnisprävention.

Die Voraussetzung für die Implementierung eines BGM in einem Unternehmen ist das Bewusstsein, dass die Mitarbeiter das wertvollste Gut eines Unternehmens sind. Ohne sie gibt es keine Leistung, keine Umsätze, keine Produktivität und keine Gewinne. Die Arbeitnehmer können allerdings nur so viel leisten, wie es ihre Gesundheit erlaubt. Deswegen ist die Mitarbeitergesundheit auch Unternehmenskapital. Wenn ein Unternehmen dies verinnerlicht hat und es in Zukunft lange wettbewerbsfähig bleiben möchte, muss es langfristig denken und sich um die Gesundheit der Mitarbeiter kümmern. Da dies in einem fortdauernden Entwicklungsprozess geschehen sollte, muss dafür eine eigene Instanz im Unternehmen gebildet werden: das Betriebliche Gesundheitsmanagement, mit dem Ziel, die Leistungsfähigkeit und die Produktivität zu erhalten, die Handlungskompetenzen zu erhöhen, die Mitarbeitergesundheit zu erhalten und zu verbessern, die Motivation zu erhalten und zu steigern und die Mitarbeiter über ihre Gesundheit zu informieren und sie zu motivieren.⁸⁶

Vernachlässigt man, der Übersichtlichkeit halber, die rechtlichen Rahmenbedingungen und gewisse Standards, geschieht dies durch gesundheitsfördernde Maßnahmen, bei denen es keine Grenzen zu geben scheint, so hoch ist die Anzahl unterschiedlicher Maßnahmen. Dennoch lassen sie sich in verschiedene Themenfelder einordnen, wie Abbildung 10 darstellt:

⁸⁵ Straub (2), 2010: Folie 28

⁸⁶ vgl. Niklas, 2010/2011: Folien 3ff

Abbildung 10: Angebotsportfolio⁸⁷

„Was einmal mit dem klassischen Betriebssport begann, ist heute eine breite Angebotspalette, die den Arbeitnehmer zum gesundheitsbewussten Verhalten motivieren soll“⁸⁸. Wiedereingliederung, psychosoziale Betreuung, Information, Führung, Ernährung, Erfassung, Aktionen, aktuelle Themen, Arbeitsgestaltung, Bewegung, Einstellung / Verhalten und Entspannung - all diese Punkte (und viele weitere) gehören zum BGM und deswegen sollte es auch möglichst alle oder viele Bereiche abdecken und beinhalten.

Wichtig ist ein systematischer Aufbau der angebotenen Maßnahmen. Die in Abbildung 10 aufgeführten Punkte lassen sich wie folgt in einem Prozess anordnen:

⁸⁷ Uhle und Treier, 2011: S. 19

⁸⁸ Jütte, 2008: S. 60

1. Schulung / Sensibilisierung
2. Information / Kommunikation
3. Nachhaltigkeit
4. Evaluation / Qualitätsmanagement

Der Teilprozess Schulung / Sensibilisierung beinhaltet Impulse (Fachvorträge, Tagesworkshops), Zielgruppenorientierung (Tagesseminare für Führungsseminare), Screenings (Vorsorgeuntersuchungen, Check-ups), Individuelle Prävention (Wochenend-/Wochenseminare) oder Individuelle Therapie (Auszeit mit Regeneration). Die Mitarbeiter sollen dadurch vorab für das Thema Gesundheit sensibilisiert und darauf vorbereitet werden, was BGM ist und was es mit ihnen macht. Ein weiterer wichtiger Bestandteil eines BGM ist der Teilprozess Information / Kommunikation. Die Mitarbeiter sollen sich als Teil des Ganzen fühlen und deswegen über alle Schritte informiert werden. Dies kann durch Newsletter (Aktuelle Informationen, Pläne), Bücher und Lehrhefte (für die eigene Fort- und Weiterbildung), Plakate (als ständige visuelle Präsenz), Online-Info (z.B. Gesundheitsportale) und eine Hotline (für die telefonische Information) geschehen. Nachhaltigkeit betrifft den dauerhaften Prozess des BGM. Wichtig hierfür ist ein Koordinator (und auch ein Netzwerker vor Ort), regelmäßige Follow-ups (vertiefende Maßnahmen und Veranstaltungen), Werte und Daten (z.B. für jeden eine persönliche Gesundheitsakte), natürlich die Teilnehmer (z.B. am Gesundheitsportal) und die Telebetreuung (telefonische Beratung). Schlussendlich ist auch der Teilprozess Evaluation nicht zu verachten. Er beinhaltet den Demographiefaktor (hierzu zählen Arbeitstätigkeit, Gesundheitskultur, Work-Life-Balance), den Präventions-Faktor (Verhalten, Lebensstil) und den Motivationsfaktor (wahrgenommener Gesundheitszustand, Führung und Zufriedenheit).⁸⁹

Doch warum ist ein Betriebliches Gesundheitsmanagement überhaupt notwendig? Grund dafür sind einerseits neue Rechtsnormen, wie das neue Arbeitsschutzgesetz (ArbSchG) aus dem Jahr 1996, das die europäische Richtlinie zum Thema Arbeitsschutz umsetzt, aber auch Verordnungen zur Bildschirmarbeit oder persönlichen Schutzausrüstung⁹⁰. Sie legen bestimmte Grundpflichten für die Unternehmen fest, die den Gesundheitsschutz und dessen Verbesserung betreffen. Auch der demographische Wandel leistet seinen Beitrag, werden die Mitarbeiter doch alle älter. Andererseits

⁸⁹ vgl. Niklas, 2010/2011: Folien 17ff

⁹⁰ vgl. Uhle und Treier, 2011: S. 37

herrschen neue Belastungsformen am Arbeitsplatz: nicht immer haben Mitarbeiter so häufig an Rücken- oder Nackenproblemen gelitten. Erst seitdem Angebot und Nachfrage an Schreibtischtätigkeiten gestiegen sind, bei denen die Mitarbeiter den ganzen Tag vor dem Computer sitzen, leiden viele an diesen Beschwerden. Es kommt zusätzlich immer häufiger zu chronisch-degenerativen, aber auch zu psychosozialen Störungen am Arbeitsplatz, die lange krankheitsbedingte Arbeitsausfälle nach sich ziehen können, was mit hohen Kosten für das Unternehmen verbunden ist. Diese Risiken sind den Mitarbeitern in den meisten Fällen natürlich bewusst. Gerade deswegen steigt das persönliche Gesundheitsbewusstsein immer mehr an, d.h. die Menschen sind immer öfter selber daran interessiert, etwas für ihre Gesundheit zu tun. Im Endeffekt profitiert ein Unternehmen durch das Engagement in die Gesundheit der Mitarbeiter - nicht nur finanziell durch die Verbesserung der Mitarbeitergesundheit und somit durch mehr Leistungsfähigkeit und Produktivität. Es dient als Imagepflege, sich für die Mitarbeiter und deren Belange einzusetzen. Es bindet dadurch bereits vorhandenes Personal, das sich gut aufgehoben fühlt und motiviert wird, lockt aber auch neue Mitarbeiter an.⁹¹

Im Jahr 2005 waren 38,8 Millionen Menschen in Deutschland erwerbstätig⁹² – mit einem BGM kann annähernd jeder dieser Erwerbstätigen mit der Thematik der eigenen Gesundheit und den Konsequenzen von gesundheitsschädlichem Verhalten bzw. den Vorzügen gesundheitsfördernder Maßnahmen konfrontiert werden. „Die Beschäftigten in einem Betrieb sind für [das Betriebliche Gesundheitsmanagement] eine in sich geschlossene Adressatengruppe. Dies erleichtert das ‚follow up‘ der Maßnahmen und erhöht die Chancen der Beteiligung an Gesundheitsprogrammen, da es in den Betrieben etablierte Kommunikationskanäle gibt. Die Zugehörigkeit zu einer Betriebsgemeinschaft schafft zudem die Möglichkeit der sozialen Unterstützung, aber auch des sozialen Drucks.“⁹³ BGM ist somit der direkte Weg, um einen Großteil der Bevölkerung zu erreichen.

Folgende Tabelle veranschaulicht die Vorteile von BGM sowohl für das Unternehmen als auch für die Mitarbeiter:

⁹¹ vgl. Lutzenberger und Knöferl, 2009: Folien 7-8

⁹² vgl. Lenhardt und Rosenbrock, 2009: S. 295

⁹³ Naidoo und Wills, 2010: S. 331

Für das Unternehmen	Für die Mitarbeiter
Erhalt der Leistungsfähigkeit der Mitarbeiter und Sicherung von Fach- und Führungskompetenz im Kontext des demographischen Wandels und des Fachkräftemangels	Erhalt der Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit durch Steigerung der psychischen und physischen Leistungsfähigkeit und durch einen gesunden Lebensstil im Kontext des Anforderungswandels in der Arbeitswelt
Abbau, Verkürzung und Verhinderung von Fehlzeiten durch Reintegrations-Modelle und durch Entwicklung von effektiven Behandlungsabläufen sowie durch nachhaltige Lebensstilkonzepte im Kontext der Chronifizierung des Krankheitspanoramas und der Zunahme von Lifestyle-Erkrankungen	Abbau von Risikofaktoren und dadurch Erhalt der Lebensqualität und Agilität durch kombinierte BGF-Programme auf der Ebene der Verhältnis- und Verhaltensprävention
Steigerung der Personalbindung , Reduktion der Fluktuation und Steigerung des Images durch Förderung von Identifikation, Motivation und Klima. Durch Zufriedenheit und Commitment nimmt auch die Produktivität zu.	Stärkung von sozialen Ressourcen als Entlastung und Unterstützung durch kompetente Hilfe und praktizierte Work-Life-Balance
Kostenreduktion durch Einbindung der sozialen Sicherungssysteme und Refinanzierung durch Bezug auf das Sozialgesetzbuch.	Akutunterstützung in Not- und Krisensituationen zur Sicherung der Arbeitskraft und Verhinderung einer Verschleppung.

Tabelle 3: Vorteile von BGF für Unternehmen und Mitarbeiter⁹⁴

(BGF steht für Betriebliche Gesundheitsförderung und kann hier mit BGM gleichgesetzt werden).

⁹⁴ vgl. Uhle und Treier, 2011: S. 298

Auch die Wirtschaft profitiert von gesünderen Mitarbeitern. Dafür müssen sich die Unternehmen allerdings als ein Teil des ganzen Gesundheitssystems sehen und sich auch ihrer gesellschaftlichen Verantwortung bewusst sein. Durch ein effizientes BGM können sie für eine gesündere Bevölkerung und folglich weniger Kosten im Gesundheitssystem sorgen.⁹⁵

6.2 Prävention in KMU (Medikalisierungsthese)

Der Inhalt dieses Abschnitts bezieht sich auf eine Veröffentlichung zum Betrieblichen Gesundheitsmanagement der Techniker Krankenkasse mit dem Titel ‚Gesundheit in KMU‘ zum Thema ‚Widerstände gegen Betriebliches Gesundheitsmanagement in kleinen und mittleren Unternehmen – Gründe, Bedingungen und Wege zur Überwindung‘⁹⁶. Hierbei wurde durch qualitative Expertenbefragungen und Telefon- und schriftliche Befragungen analysiert, welche Widerstände gegen ein BGM vorherrschen. Deutschlandweit wurden 12 BGM-Experten persönlich und 24 KMU telefonisch bzw. 417 KMU aus unterschiedlichen Bereichen online befragt.

Vorab kann gesagt werden: wenn überhaupt, werden hauptsächlich Maßnahmen durchgeführt, die kostengünstig sind und nicht viel Arbeitszeit der Mitarbeiter in Anspruch nehmen. „Demgegenüber werden Maßnahmen, die darauf abzielen, das gesundheitsfördernde Verhalten der Mitarbeiter nachhaltig zu fördern, nur selten durchgeführt (z.B. spezielle Kurse und Informationsveranstaltungen zum Gesundheitsverhalten)“⁹⁷.

Das größte Problem hierbei ist, dass bisherige Konzepte und Projekte im Zuge eines BGM meist auf die Gegebenheiten in Großunternehmen zugeschnitten wurden. Hinzu kommt das mangelnde Verständnis in KMU, das Betriebliche Gesundheitsmanagement als Teil einer erfolgreichen Unternehmensstrategie zu sehen.⁹⁸ 23% der in dieser Veröffentlichung online-Befragten konnten kein einziges Argument für die Einführung eines BGM nennen. Allein der in dieser Befragung am häufigsten genannte Grund für ein BGM, die Senkung des Krankenstandes, wurde lediglich von 41% der online-Befragten genannt. Bei den Kleinstunternehmen ist die Zahl noch erschreckender: 31% der online-Befragten kannten keinen einzigen Grund, der ein betriebliches Gesundheitsmanagement oder zumindest einzelne gesundheitsfördernde Aktionen rechtfertigen würde.

⁹⁵ vgl. Uhle und Treier, 2011: S. 30

⁹⁶ vgl. Techniker Krankenkasse: Gesundheit in KMU

⁹⁷ Techniker Krankenkasse: Gesundheit in KMU: S. 21

⁹⁸ vgl. Techniker Krankenkasse: Gesundheit in KMU: S. 28

Der erste Grund gegen Prävention kann schon am Geschäftsführer und dessen Lebensstil liegen: ist er selber nicht von dem Nutzen einer Investition in die Gesundheit überzeugt, wird er sich kaum dafür einsetzen, seinen Mitarbeitern dieses Thema nahe zu bringen und sie sogar darin zu fördern, etwas für ihre Gesundheit zu tun. Ebenso ist das Alter des Geschäftsführers ausschlaggebend. Tendenziell beschäftigen sich jüngere Menschen eher mit ihrer Gesundheit und der ihres Umfelds als Ältere. Doch in den seltensten Fällen sind bereits junge Leute Geschäftsführer eines Unternehmens, das die finanziellen Mittel hat, Gesundheitsförderung nachhaltig durchzuführen. Prof. Dr. Gabriele Elke von der Ruhr-Universität Bochum, die sich seit vielen Jahren mit der Gesundheitskultur in Unternehmen beschäftigt, bestätigt: „Führungskräfte haben einen entscheidenden Einfluss auf die Gesundheit ihrer Beschäftigten. Zum einen steuern sie das Verhalten ihrer Mitarbeiter im persönlichen Kontakt (durch Anweisungen, Gespräche etc.). Zum anderen schaffen sie Strukturen und gestalten Bedingungen, wie u.a. die Arbeitsorganisation, Arbeitsplatzgestaltung, Personalsysteme, die eher indirekt das gesundheitsgerechte Verhalten der Beschäftigten entweder fordern und fördern oder auch beeinträchtigen und behindern können“.⁹⁹

Oftmals hegt die Geschäftsführung die größten Widerstände, weil sie bei der Einführung eines BGM vor allem die Kosten sieht, die vorab investiert werden müssen und die Arbeitszeit, die die Mitarbeiter dann, statt mit Arbeit, mit ihrer Gesundheit verbringen. Des Weiteren sind sich viele nicht bewusst, wie nachhaltig diese Investitionen für die Zukunft sein können. Viele Geschäftsführer sind überzeugt davon, ihre Mitarbeiter würden kein BGM benötigen, weil sie bereits mit ihrem Arbeitsplatz zufrieden sind und es ihnen gut geht. Somit setzen sie, wenn überhaupt, auf kurzweilige Maßnahmen.

Nachfolgende Abbildung zeigt, welche Widerstände häufig bei der Geschäftsführung herrschen und welche Ursachen sich wirklich möglicher Weise dahinter verbergen könnten:

⁹⁹ Uhle und Treier, 2011: S. 149f

Widerstände	Mögliche Ursachen
Hohe (Folge-) Kosten	<ul style="list-style-type: none"> • fehlendes Wissen/keine Vorstellung, was BGM bedeutet/kostet • fehlendes Wissen zu Anbietern BGM-spezifischer Leistungen • keine passenden, KMU-adäquaten Angebote bekannt • fehlendes Wissen über Fördermöglichkeiten
Keine Zeit, Tagesgeschäft geht vor, andere Prioritäten	<ul style="list-style-type: none"> • mangelnde Sensibilisierung; Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung nicht bekannt • keine Vorstellung, wie viel Zeit für bestimmte Maßnahmen investiert werden muss • fehlendes Gespür dafür, dass der Mitarbeiter wichtigstes „Gut“ im Unternehmen ist • Persönliche Lebensweise des Geschäftsführers (ungesund, unsportlich)
Keine Gesundheitsprobleme im Unternehmen, Krankenstand ohnehin gering	<ul style="list-style-type: none"> • allgemeine Beratungsresistenz • Angst vor Widerständen der Mitarbeiter • Persönliche Lebensweise des Geschäftsführers (ungesund, unsportlich)
Kosten stehen nicht im Verhältnis zum Nutzen	<ul style="list-style-type: none"> • fehlendes Wissen/keine Vorstellung, was BGM bzw. einzelne Maßnahmen kosten • Nutzen gesundheitsfördernder Maßnahmen nicht bekannt • Persönliche Lebensweise des Geschäftsführers (ungesund, unsportlich)
Negatives Image betrieblicher Gesundheitsförderung	<ul style="list-style-type: none"> • fehlendes Wissen / keine Vorstellung, was BGM bedeutet/kostet • fehlendes Wissen zu Anbietern BGM-spezifischer Leistungen • Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung nicht bekannt

Abbildung 11: Zentrale Widerstände der Geschäftsführung und mögliche Ursachen¹⁰⁰

Schnell zeigt sich: in den meisten Fällen scheint die fehlende Kenntnis über ein Betriebliches Gesundheitsmanagement und die einzelnen möglichen Maßnahmen samt deren Nutzen für die Mitarbeiter und das Unternehmen der eigentliche Grund für die Widerstände zu sein. Ebenso die allgemeine Beratungsresistenz. Viele wollen sich scheinbar nicht von (externen) Gesundheitsberatern sagen lassen, dass sie nicht ausreichend für die Gesundheit der eigenen Mitarbeiter sorgen oder dass die Mitarbeiter eventuell arbeitsbedingt unter gesundheitlichen Problemen leiden.

Des Weiteren nennen einige Geschäftsführer als Grund für die Entscheidung gegen ein BGM ihre Angst, die Maßnahmen würden von den Mitarbeitern nicht genutzt werden und das Geld wäre somit fehlinvestiert. Hierbei handelt es sich allerdings lediglich um eine simple Ausrede, könnte diese Angst durch eine vorab durchgeführte, kostengünstige Mitarbeiterbefragung aus dem Weg geschafft werden. So sieht die Anwen-

¹⁰⁰ Techniker Krankenkasse: Gesundheit in KMU: S. 43

ungshäufigkeit von ausgewählten gesundheitsfördernder Maßnahmen folglich sehr mager aus, wie Abbildung 12 verdeutlicht:

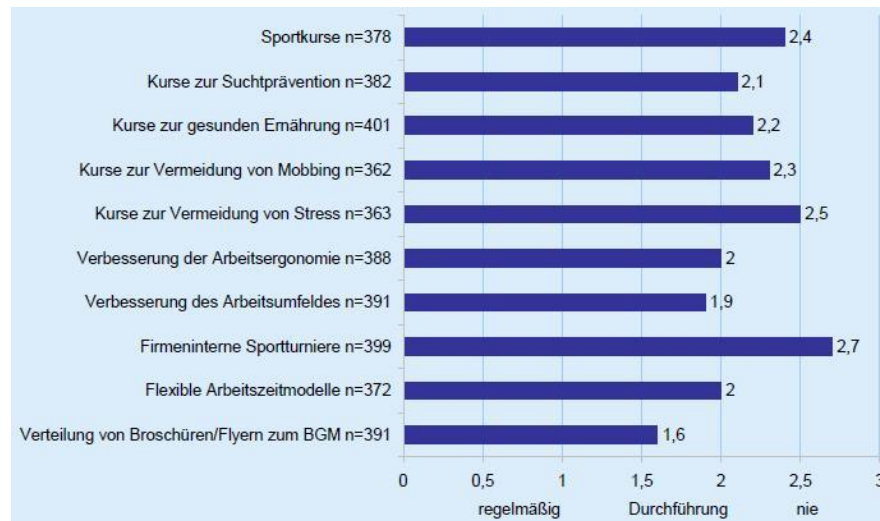


Abbildung 12: Anwendungshäufigkeit ausgewählter gesundheitsfördernder Maßnahmen¹⁰¹

Je länger die Graphen ausschlagen, desto niedriger ist die Anwendungshäufigkeit. Der Abbildung nach werden Sportkurse und firmeninterne Sportturniere so gut wie nie durchgeführt, da sie sehr zeitaufwendig sind. KMU können sich die dadurch fehlende Arbeitszeit nicht leisten. Doch auch Kurse zur Vermeidung von Stress stehen fast gar nicht im Angebot, obwohl das Thema Burnout immer mehr an Bedeutung gewinnt. Am ehesten nutzen KMU die Verteilung von Broschüren / Flyern zum BGM, doch auch das nicht regelmäßig. 20% der befragten Kleinstunternehmen haben zugegeben, keine einzige dieser Maßnahmen anzubieten und umzusetzen. Es liegt nahe, dass diese Unternehmen auch keine anderen gesundheitsfördernden Maßnahmen durchführen.

Es zeigt sich auch ein weiterer Trend: eine Maßnahme, die über eine längere Zeitspanne durchgeführt werden muss, ist bei KMU weniger beliebt als eine alleinstehende Maßnahme. Doch im gesundheitlichen Bereich ist eine Einzelaktion weniger effektiv als ein langfristiges Konzept – ausgenommen die einmalige Beschaffung und Einrichtung ergonomischer Maßnahmen. Einer langwierigen Krankheit, z.B. Rückenschmerzen, lässt sich meistens nicht durch eine einzelne gesundheitsfördernde Maßnahme entgegenwirken – nur durch wiederholtes Durchführen kann man sie vermeiden oder lindern.

Der ausschlaggebende Faktor jedoch ist das Geld. Investitionen zugunsten der Gesundheit sind teuer und gerade KMU haben häufig nicht die finanziellen Mittel, diese

¹⁰¹ Techniker Krankenkasse: Gesundheit in KMU: S. 24

Investitionen zu tätigen. Je umfangreicher ein Konzept aufgebaut ist und je langfristiger es geplant ist, desto höher sind die Kosten. Deswegen wird in KMU oftmals, wenn überhaupt, lediglich auf ‚preisgünstige‘ Maßnahmen gesetzt, indem z.B. die Ergonomie am Arbeitsplatz verbessert wird. Dies kann bereits geschehen, indem man die Schreibtischhöhe oder den Lichteinfall verändert. Gleiches gilt für den Zeitaufwand, den die Mitarbeiter aufbringen müssen. Auch hier erweisen sich, aus Sicht der KMU, Maßnahmen wie die Verbesserung der Arbeitsergonomie als besser, weil sie weniger Zeit in Anspruch nehmen.

Verschiedene Gruppen wirken negativ auf die Einführung eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements in KMU ein. Folgende Abbildung fasst diese zusammen:

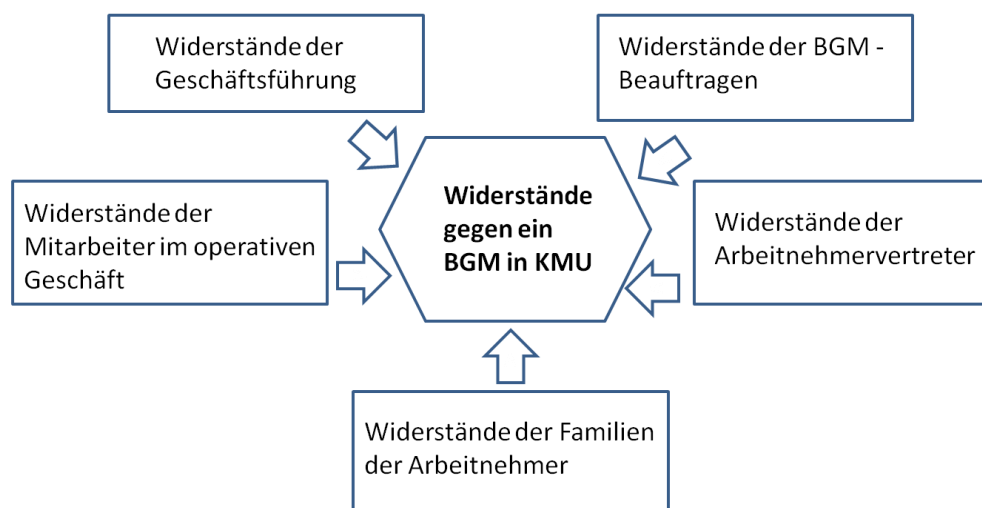


Abbildung 13: Widerstände einzelner Gruppen¹⁰²

Die Widerstände der Geschäftsführung wurden bereits erläutert. Häufig kommt der BGM-Beauftragte in einem Unternehmen gar nicht aus der Gesundheitsbranche kommt, sondern wurde ‚zweckentfremdet‘, also einfach an diese Position gesetzt. Die Arbeitnehmervertreter, soweit es sie in dem jeweiligen Unternehmen überhaupt gibt, wollen lediglich diejenigen Maßnahmen, die für die Mitarbeiter am nützlichsten und wirksamsten sind – häufig handelt es sich hierbei allerdings auch um die teuersten Maßnahmen. „Hinzu kommt: Während in Großunternehmen Betriebsräte und Mitarbeitervertretungen häufig Motor von Konzepten und Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung sind, fehlen diese Einrichtungen – größtenbedingt – oftmals in

¹⁰² vgl. Techniker Krankenkasse: Gesundheit in KMU: S. 34

KMU. Es mangelt den Mitarbeitern – jenseits des Geschäftsführers – damit auch an Motivation und Vorbildern.“¹⁰³ Die Mitarbeiter selber wissen aber oftmals gesundheitsfördernde Angebote gar nicht zu schätzen. Sie fühlen sich sogar bevormundet oder in ihrer Privatsphäre gekränkt, teilweise auch aus Angst bei eventuellen Tests oder Wettkämpfen ‚schlecht abzuschneiden‘ oder sich zu verletzen. Oftmals sind sie allerdings nur zu faul, neben der Arbeitszeit noch aktiv etwas zu tun. Die Gründe für zu wenig Bewegung und körperliche Aktivität sind fast immer dieselben:

- „Fehlender Anreiz körperlicher & sportlicher Aktivität (‚Keine Zeit‘, ‚keine Lust‘)
- Belastende Lebensereignisse und Lebenssituationen (‚Berufliche/schulische Beanspruchungen‘, ‚Prüfungssituationen‘, ‚Kinder‘, ‚Umzug‘, ‚gesundheitliche Belastungen‘)
- Eine zu schwach ausgeprägte Selbstmotivation (‚sitze lieber gemütlich zu Hause‘, ‚brauche meine Erholung‘, ‚zu faul‘)
- Fehlendes Selbstvertrauen und Ängste (‚das schaffe ich nicht‘, ‚was denken die anderen über mich‘)
- Fehlende soziale Unterstützung (‚mein Mann hat mich lieber zu Hause‘)¹⁰⁴

Und schlussendlich beschwerten sich dann viele Familien, wenn ein Mitarbeiter diese Maßnahmen zwar nutzen möchte, dies aber ausserhalb seiner Arbeitszeit tun und deswegen seine Freizeit dafür opfern muss.

Die generellen Widerstände bei KMU lassen sich folgendermaßen zusammenfassen: es besteht ein grundsätzliches Informationsdefizit, was ein BGM überhaupt ist oder was für Maßnahmen den Mitarbeitern angeboten werden können. Dementsprechend kann der wirtschaftliche Nutzen daraus nicht abgeschätzt und somit auch nicht wertgeschätzt werden. Dem gegenüber müssten teils hohe Kosten und gleichzeitig kostbare Arbeitszeit investiert werden, ohne sofort einen nutzenbringenden Erfolg sehen zu können.

Doch was ist die natürliche Konsequenz aus solch halbherzig (aus welchen Gründen auch immer) durchgeführten Maßnahmen? Schnell kann hierbei der negative Eindruck

¹⁰³ Techniker Krankenkasse: Gesundheit in KMU: S. 44

¹⁰⁴ Strobl, 2010/11: Folie 18

entstehen, die Geschäftsleitung führe diese Maßnahmen nur aus Imagegründen durch und nicht aus ehrlichem Interesse am Mitarbeiter. Dies ruft einen negativer Eindruck und ein negatives Image hervor. Den Mitarbeitern fällt es auf, wenn nur diejenigen Maßnahmen angeboten werden, die vom Gesetz vorgeschrieben sind. Angebote zu Themen, die für den Mitarbeiter wirklich wichtig wären, wie z.B. Ernährung oder Stressmanagement, bleiben oftmals ungeklärt.

Ein weiteres Problem ist, dass zwar viele große Unternehmen gute Praxis-Beispiele vorzeigen, wie man BGM erfolgreich implementieren kann, allerdings können diese Konzepte, schon allein wegen der Unternehmensgröße, nicht eins zu eins in KMU umgesetzt werden. In diesem Bereich gibt es leider zu wenig Vorreiter, die ihr Konzept öffentlich vermarkten.

Und so lauten die Abschlussfragen dieses Kapitels: führen die KMU ihre, äußerst geringen gesundheitsfördernden Maßnahmen aus Überzeugung durch oder aus Angst vor Imageverlust, sollten sie dies nicht tun? Soll man sich eher daran erfreuen, dass sie, wenn überhaupt, zumindest etwas für ihre Mitarbeiter tun? Oder bringen diese kurzweiligen Aktionen gar nichts, wenn man sie nur halbherzig durchführt? Die meisten KMU sehen die Dringlichkeit nicht, die dahinter steht. Dazu kommen die oftmals geringen finanziellen Möglichkeiten, ein größeres Präventionskonzept durchführen zu können. Ihnen bleibt somit nichts anderes übrig, als sich mit den Konsequenzen daraus zu beschäftigen. Folglich werden sie in naher Zukunft auch mit den finanziellen Auswirkungen, z.B. krankheitsbedingte Fehlzeiten oder Produktionsausfälle, konfrontiert werden. Ihre Unternehmensphilosophie lässt sich dementsprechend eindeutig der Medikalisierungsthese zuteilen.

6.3 Prävention in ‚Unternehmen A‘ und der E.ON Ruhrgas AG (Kompressionsthese)

Für die Analyse des Betrieblichen Gesundheitsmanagements von ‚Unternehmen A‘ (anonymisiert) und der E.ON Ruhrgas AG wurde vorab jeweils ein, auf die im Internet befindlichen Informationen abgestimmter, individueller Fragenkatalog erstellt. Nach schriftlicher Übermittlung wurde dieser in einem Telefoninterview von dem jeweiligen BGM Verantwortlichen beantwortet. Auch das hierauf angefertigte Protokoll wurde anschließend abgeglichen. Folgende Unterkapitel beziehen sich somit auf diese Protokolle, die der Arbeit angehängt sind und die Internetauftritte der beiden Unternehmen.

6.3.1 ‚Unternehmen A‘

‚Unternehmen A‘ ist ein Logistikunternehmen, das international tätig ist. Im deutschen Markt ist es mit seinen ca. 13.800 Mitarbeitern an über 100 Standorten der führende Anbieter in diesem Bereich. Das Gebiet Deutschland ist im ‚Unternehmen A‘ insgesamt vier Regionen aufgeteilt, von denen jede einen eigenen Personalbereich hat. Zusätzlich hat jeder Personalbereich ein eigenes Competence Center. Die Kontaktperson, Frau M., arbeitet seit 2004 als Personalreferentin für die Region Mitte, die für das Competence Center Betriebliches Gesundheitsmanagement für ganz Deutschland, Belgien, Schweiz und die Niederlande zuständig ist.

Im Jahr 2007 wurde während eines Strategie-Workshops das neue Handlungsfeld BGM beschlossen. Hierfür wurde eigens das Competence Center Betriebliches Gesundheitsmanagement und das Team Gesundheit ins Leben gerufen. Das Team Gesundheit besteht aus Mitarbeitern der Bereiche Qualität, Sicherheit und Umwelt, der Personalabteilung, den Datenschutzbeauftragten, der Schwerbehinderten- und Suchtvertretung, Vertretern vom Betriebsrat und der Betriebskrankenkasse, Betriebsärzten und Vertretern aus den betroffenen Ländern. Das ‚Unternehmen A‘ führt gesundheitsfördernde Maßnahmen durch, um qualifizierte Mitarbeiter zu gewinnen und zu binden, die Gesundheit und Zufriedenheit aller Mitarbeiter zu erhalten und zu verbessern und die Leistungsfähigkeit und -motivation zu erhöhen, damit das Unternehmens-Hauptziel, der maximale Unternehmensgewinn, erreicht werden kann. ‚Unternehmen A‘ ist sich dessen bewusst, dass gesunde Mitarbeiter ein Erfolgsfaktor sind und deswegen (analog zur Kompressionsthese) heute schon in deren Gesundheit investiert werden muss, um einen Wettbewerbsvorteil zu generieren. ‚Unternehmen A‘ hat sich demnach konsequent mit dem Thema BGM auseinandergesetzt, denn BGM muss „nicht nur das Wohlbefinden der Mitarbeiter fördern, sondern auch ihre Leistungsfähigkeit (Belastbarkeit) sichern und gleichzeitig vor Überlastung schützen“¹⁰⁵.

Um das Bewusstsein über den Wert und die Bedeutung der Mitarbeitergesundheit zu unterstreichen, hat das ‚Unternehmen A‘ im Jahr 2009 die Luxemburger Deklaration unterschrieben. Durch die Unterzeichnung will man sich selbst dazu verpflichten, die Vorgaben einzuhalten, jedoch soll auch eine gewisse Aussenwirkung damit erzielt werden.

¹⁰⁵ Uhle und Treier, 2011: S. 7

„[D]ie Annahme der Deklaration von Luxemburg zur Gesundheitsförderung in den Betrieben durch die Mitglieder des Europäischen Netzwerkes gesundheitsfördernder Betriebe und Unternehmen (www.dnbgf.de) [...] stellt folgende Richtlinien für erfolgreiche Interventionen in den Betrieben heraus:

- Partizipation (alle Beschäftigten sollten einbezogen werden).
- Integration (Einbezug gesundheitlicher Anliegen in alle Entscheidungs- und Organisationsbereiche des Unternehmens).
- Projektmanagement (Entwicklung der Programme entlang dem Kreislauf der Problemlösung, d.h. der Bedürfnisanalyse, Planung, Umsetzung und Evaluation).
- Ganzheitlichkeit (Einbeziehung von Interventionen, die sowohl auf den Einzelnen als auch auf das betriebliche Umfeld ausgerichtet sind).¹⁰⁶

Ziel der Luxemburger Deklaration und dieses Netzwerkes ist es, durch regelmäßigen Erfahrungsaustausch Praxis-Beispiele zum BGM zu veröffentlichen¹⁰⁷. Das BGM von ‚Unternehmen A‘ zählt deswegen zu einem nachahmenswerten Praxisbeispiel:

Kennzeichnend für das BGM von ‚Unternehmen A‘ ist das zentrale Angebot der gesundheitsfördernden Maßnahmen, d.h. jede Maßnahme muss an jedem Standort von jedem Mitarbeiter in Anspruch genommen werden können.

Um diese Maßnahmen zielgruppenspezifisch und bedarfsgerecht zu gestalten, wird im Vorfeld eruiert, an welchen gesundheitlichen Problemen die Mitarbeiter leiden – dies entspricht den Punkten Integration und Projektmanagement der Luxemburger Deklaration. Die Eruiierung erfolgt einerseits durch den jährlich erscheinenden anonymisierten Gesundheitsbericht der Betriebskrankenkasse und andererseits durch regelmäßige, deutschlandweite, anonyme online-Fragebögen für die Mitarbeiter. Mitarbeiterbefragungen sind äußerst hilfreich für ein BGM, da die Mitarbeiter so ihre individuellen Belastungen und Ressourcen angeben, aber auch Ideen und Wünsche äußern können¹⁰⁸.

¹⁰⁶ Naidoo und Wills, 2010: S. 346

¹⁰⁷ vgl. Luxemburger Deklaration, 2007: S. 2

¹⁰⁸ vgl. Uhle und Treier, 2011: S. 135

Das BGM von ‚Unternehmen A‘ ist in vier Bereiche unterteilt: Arbeitsplatz & Gesundheit, Gesundheitsförderung, Beruf & Familie und Personalmanagement und beinhaltet viele Maßnahmen aus Abbildung 10 auf Seite 33.

Arbeitsplatz & Gesundheit impliziert die Arbeitssicherheit und den Arbeitsschutz (z.B. arbeitssicherheitsrelevante Untersuchungen oder Alarm-/Notfallpläne), die Ergonomie am Arbeitsplatz (Arbeitsplatzbegehungen durch Betriebsärzte und anschließend eine individuelle Beratung), aber auch die Gesundheit rund um den Arbeitsplatz. Das bedeutet sowohl medizinische Massage vor Ort als auch ein unternehmensinternes Fussballturnier und günstige Konditionen durch Kooperationen mit Fitness-Studios.

Der Bereich Gesundheitsförderung beschäftigt sich mit der arbeitsmedizinischen Versorgung durch die Betriebsärzte an allen Standorten (z.B. kostenlose Gripeschutzimpfungen, die Ausbildung betrieblicher Ersthelfer oder Beratung und Unterstützung bei Burnout). Im Zusammenhang mit der Gesundheitsförderung bestimmt das Team Gesundheit ein jährliches Hauptthema, zu dem dann unter anderem Gesundheitstage veranstaltet werden können, die von den Niederlassungen ‚gebucht‘ werden können. Das Jahr 2009 stand unter dem Hauptthema Blutdruck, 2010 war das Jahr des Rückens (mit dem Schwerpunkt bei den kaufmännischen Mitarbeitern), auf vermehrte Anfrage war auch das Jahr 2011 ein Jahr des Rückens (mit dem Schwerpunkt bei den gewerblichen Mitarbeitern), das Jahr 2012 steht wiederum unter dem großen Thema Haut und auch das Thema Stressmanagement und Burnout-Prävention ist aktuell in Planung, denn „[d]auerhafte Stressbelastungen führen zu gesundheitlichen Beeinträchtigungen, nicht zuletzt auch durch das verstärkte Zurückgreifen auf ungesunde Verhaltensweisen wie z.B. das Rauchen oder den vermehrten Konsum von Alkohol“¹⁰⁹. Zum Bereich Stressmanagement und Burnout-Prävention gehören ebenfalls die Themen gesunde Ernährung und Suchtprävention, zu denen es z.B. einen Online-Ernährungskurs, die Bereitstellung von Wasserspendern oder einen verstärkten Nichtraucherschutz durch die Einrichtung von Raucherzonen und Rauchverbotszonen gibt.

Die Vereinbarkeit von Beruf & Familie ist ein separater Bereich des BGM: dieser beinhaltet die Förderung weiterer Möglichkeiten der Kinderbetreuung, aber auch eine Kooperation mit der Arbeiterwohlfahrt, die eine kostenlose Beratungshotline zu den Themen Kinder-, Notfall- und Senioren-Betreuung zur Verfügung stellt.

Der Bereich Personalmanagement sieht regelmäßige Mitarbeiterbefragungen und Mitarbeitergespräche vor, aber auch, z.B. ein betriebliches Eingliederungsmanagement.

¹⁰⁹ Naidoo und Wills, 2010: S. 337

Die aufgezählten Maßnahmen dienen sowohl der Verhaltens- als auch der Verhältnisprävention, es herrscht eine Ganzheitlichkeit im Maßnahmen-Angebot, was ebenfalls einer Richtlinie der Luxemburger Deklaration entspricht.

Die Teilnahme an diesen Maßnahmen bleibt natürlich jedem Mitarbeiter selbst überlassen, denn „[i]m Unterschied zum Arbeitsschutz trägt [das BGM] gänzlich freiwilligen Charakter. Dies hat im Falle des Zustandekommens solcher Aktivitäten gewiss einige Vorteile hinsichtlich Motivation und Engagement der Beteiligten“¹¹⁰. Genauso ist es den jeweiligen Abteilungsleitern überlassen, ob die Mitarbeiter für die Teilnahme an einer gesundheitsfördernden Maßnahme ausstempeln müssen oder ob sie diese während der Arbeitszeit in Anspruch nehmen dürfen. Und auch die Handhabung der finanziellen Beteiligung steht den Geschäftsführern der Niederlassungen offen: die Maßnahmen können komplett von der Geschäftsleitung übernommen werden, die Kosten können auf die Geschäftsleitung und den Mitarbeiter aufgeteilt werden oder der Mitarbeiter muss die Kosten komplett begleichen.



Abbildung 14: BGM = mehr als die Summe der Teile¹¹¹

Vergleicht man die von ‚Unternehmen A‘ angebotenen Maßnahmen mit den Einzelteilen eines BGM aus der Abbildung 14, zeigt sich Folgendes: die Geschäftsführung von ‚Unternehmen A‘ soll in Zukunft noch weiter für die Etablierung des BGM gewonnen werden. Die Ergonomie, die Arbeitssicherheit und Präventionsangebote werden eindeutig von ‚Unternehmen A‘ abgedeckt. Da die Mitarbeiter selbst entscheiden können, welche der angebotenen Maßnahmen sie in Anspruch nehmen, haben sie ebenfalls

¹¹⁰ Lehnhardt und Rosenbrock, 2009: S. 303

¹¹¹ Straub (2), 2010: Folie 19

eine große Eigenverantwortung. Und auch die Unternehmenskultur ist gesundheitlich ausgerichtet, weil man sich dadurch verspricht, das Unternehmens-Hauptziel, maximaler Unternehmensgewinn, schneller zu erreichen. Damit hat das ‚Unternehmen A‘ einen guten Weg eingeschlagen, denn „Unternehmen mit einer ausgeprägten Gesundheitskultur haben durchschnittlich auch geringere Kosten, die durch krankheitsbedingte Ausfallzeiten erzeugt werden. [...] in Unternehmen mit einer gut entwickelten Gesundheitskultur lassen sich die Einschränkungen des gesundheitlichen Allgemeinbefindens signifikant verlangsamen und im mittleren Lebensalter zwischen 21 und 40 Jahren sogar ins Positive umkehren“¹¹².

Die Erfolge geben dem ‚Unternehmen A‘ recht: gab es im Jahr 2010, im Jahr der Einführung der Gesundheitstage, insgesamt 17 Anmeldungen von Standorten für die Durchführung eines Gesundheitstages, waren es im Oktober 2011 bereits 26 Anmeldungen. Ebenso die Beteiligung bei den Gripeschutzimpfungen: geht man von einer durchschnittlichen Beteiligung von ca. 35% der Mitarbeiter in Krankenhäusern aus, die eigentlich bei 100% liegen sollte, ist die eigene Beteiligung von 9-10% eine gute Quote. Regelmäßige Feedback-Bögen belegen ebenfalls die Erfolge. Durch dort angebrachte Kritik können die Mitarbeiter auf künftig angebotene Maßnahmen Einfluss nehmen. Sie werden in das BGM einbezogen - somit erfüllt ‚Unternehmen A‘ auch den Punkt Partizipation der Luxemburger Deklaration.

Was sind die übergeordneten Ziele des Betrieblichen Gesundheitsmanagements von ‚Unternehmen A‘? Was soll noch erreicht werden? Das BGM soll noch weiter ausgebaut werden, die Gesundheitstage fest etabliert und der Bereich Beruf & Familie weiter ausgebaut werden. ‚Unternehmen A‘ hat demnach erkannt, dass das BGM nur erfolgreich sein kann, wenn es langfristig geplant und aufgebaut ist. Ein kurzfristiges BGM ist wie eine kurzzeitige Diät und es ist mit großer Wahrscheinlichkeit mit einem sogenannten Jojo-Effekt zu rechnen. Nachhaltigkeit ist der Weg zum Ziel.¹¹³ Auch die Gewinnung der Führungskräfte für die Etablierung des BGM durch Schulungen ist ein hoch angesetztes Ziel im ‚Unternehmen A‘, denn „Führungskräfte:

- müssen den Mitarbeitern ein Vorbild sein,
- sollten Mitarbeiter befähigen,
- sollten Ressourcen zur Verfügung stellen und

¹¹² Uhle und Treier, 2011: S. 95f

¹¹³ vgl. Uhle und Treier, 2011: S. 29

- Eigenverantwortung ermöglichen.“¹¹⁴

Um diese Aufgaben erfüllen zu können, müssen sich die Führungskräfte allerdings erst ihrer Verantwortung bewusst sein. Schulungen sind eine gute Möglichkeit, um sie dafür zu sensibilisieren und aufzuklären.

„Unternehmen A“ handelt also im Sinne der Kompressionsthese? Frau M., der BGM Beauftragten, sind beide Thesen unbekannt. Sie sind, ihrer Meinung nach, für den alltäglichen Gebrauch zu medizinisch. Nach der Erläuterung der beiden Bedeutungen entscheidet sie sich jedoch ohne zu zögern für die Kompressionsthese, weil das „Unternehmen A“ in die Gesundheit der Mitarbeiter und in die Prävention investiert und auch von dem Nutzen daraus überzeugt ist. Ausschlaggebend dafür ist der Demographische Wandel und dessen Folgen, über die sich auch das „Unternehmen A“ bewusst ist: die körperliche Leistungsfähigkeit nimmt mit dem Alter ab. Dennoch müssen die Mitarbeiter, in Zukunft vermehrt ältere Mitarbeiter, bis zum Rentenalter beschäftigt werden. Im „Unternehmen A“ sollen sie aber nicht nur selbst leistungsfähig bleiben, sondern auch ihr Wissen an die jüngere Nachkommenschaft weitergeben. Arbeitszeitkonten, Altersteilzeit, gezielte Weiterbildungsmaßnahmen für ältere Menschen und sogenannte Mentoren-Modelle, bei denen ältere Menschen, die kurz vor der Rente stehen, ihre Nachfolger selber einführen und begleiten, sollen dazu beitragen.

6.3.2 E.ON Ruhrgas AG

Die E.ON Ruhrgas AG ist die Führungsgesellschaft von Global Gas, die wiederum im E.ON-Konzern für die Gasbeschaffung einschließlich u.a. der eigenen Gasförderung verantwortlich ist¹¹⁵. Der Hauptsitz der E.ON Ruhrgas AG liegt in Essen. Die Kontaktperson, Frau Totzek, ist seit 2008 Gesundheitsmanagerin bei der E.ON Ruhrgas AG, nachdem sie die Zertifizierung zur Gesundheitsmanagerin erworben hat. Frau Totzek betreut zurzeit 3.400 Mitarbeiter, von denen 2.000 Mitarbeiter ihren Arbeitssitz in Essen haben. Bei den von ihr betreuten Berufsfeldern handelt es sich hauptsächlich um Büro-tätigkeiten.

Bereits vor der offiziellen Implementierung des Betrieblichen Gesundheitsmanagements wurde die E.ON Ruhrgas AG zum Thema Beruf & Familie auditiert. Nach der Unterzeichnung der Luxemburger Deklaration im Jahr 2006 wurde auch der Gesundheitsbereich des Konzerns systematischer, indem alle gesundheitlichen Aktivitäten

¹¹⁴ Uhle und Treier, 2011: S. 133

¹¹⁵ vgl. E.ON Ruhrgas AG: Unternehmen/Porträt

zusammengeführt wurden. Mittlerweile ist das BGM ein eigenständiger Bereich, der wie der Bereich Eingliederungsmanagement zum Bereich Arbeitsmedizin gehört. Diese drei Bereiche werden von jeweils einer Person geleitet. Die Arbeitsmedizin wiederum untersteht direkt dem Personalvorstand. Durch das Engagement in die Gesundheitsförderung möchte die E.ON Ruhrgas AG seinen Mitarbeitern eine Wertschätzung entgegenbringen und ihnen zeigen, wie wichtig sie dem Unternehmen sind. Doch auch der Kostenfaktor ist ausschlaggebend, erhofft man sich Einsparungen durch z.B. weniger Ausfalltage und damit geringere Lohnfortzahlung im Krankheitsfall. Vor allem die Unterzeichnung der Luxemburger Deklaration soll ein klares Commitment ausdrücken und garantieren, dass es sich nicht nur um ein leeres Lippenbekenntnis handelt. „Commitment meint, dass die Führung sich mit den Zielen identifiziert und hinter ihnen steht“¹¹⁶.

Auch bei der E.ON Ruhrgas AG werden zunächst die Bedürfnisse der Mitarbeiter ermittelt, was den Richtlinien Integration und Projektmanagement der Luxemburger Deklaration entspricht: etwa 60% Prozent der Mitarbeiter sind in der geschlossenen Betriebskrankenkasse versichert, durch deren Gesundheitsberichte die Hauptprobleme der Mitarbeiter analysiert und auf die die gesundheitsfördernden Maßnahmen ausgerichtet werden. Darauf basierend bietet die E.ON Ruhrgas AG folgende Maßnahmen an, von denen ebenfalls viele in Abbildung 10 auf Seite 33 aufgelistet sind.

Regelmäßig werden sogenannte ‚kleine Gesundheitstage‘ angeboten, die auf ein einzelnes Thema fixiert sind, wie z.B. das Thema Ernährung. An diesen Tagen wird für ca. drei Stunden, meist über die Mittagspause, ein Stand aufgebaut, an dem sich die Mitarbeiter informieren und beraten lassen können. Mehr Nachfrage als vorhandene Plätze und somit eine hervorragende Teilnehmerquote haben die Vorsorgemaßnahmen wie Impfungen oder die Brustkrebsvorsorge (3D Vorsorge) für alle Mitarbeiterinnen, ob Managerin oder Praktikantin. Auch die Themen Arbeits- und Gesundheitsschutz sind mit sehr guten Bürostühlen und höhenverstellbaren Schreibtischen, in deren Nutzung jeder Mitarbeiter eingewiesen wird, ein Teil des BGM. Im Allgemeinen können sich die Mitarbeiter im Intranet auf einem eigenen Portal über das BGM informieren.

Im Bereich Ernährung ist die E.ON Ruhrgas AG sehr vorbildlich, da seit vier Jahren täglich ein 500 kcal Fitnessteller in der Kantine angeboten wird – für kalorienbewusste Mitarbeiter oder diejenigen, die aus persönlichen oder gesundheitlichen Gründen abnehmen wollen oder müssen. Doch auch bei allen anderen Gerichten gibt es jeweils

¹¹⁶ Uhle und Treier, 2011: S. 153

ein Hinweisschild zu vier Inhaltsstoffen: Zucker, Laktose, Ei und Gluten. Dies ist auch für Allergiker äußerst hilfreich. Die neuste Implementierung im Bereich Ernährung ist das Müsli zum Frühstück, das sich jeder Mitarbeiter selber zusammenstellen und in sein Büro mitnehmen kann.

Seitdem die E.ON Ruhrgas AG im Oktober 2010 umgezogen ist, werden den Mitarbeitern mehr Angebote zum Thema Bewegung offeriert. Eine eigene Trainingsfläche im Gesundheitszentrum bietet Platz für IT-gesteuerte Kraft- und Kardiogeräte, einen Bewegungsraum, in dem z.B. auch Entspannungskurse abgehalten werden und sogar drei Physiotherapieräume, in denen sich die Mitarbeiter auf Rezept behandeln oder massieren lassen können. Die Nicht-Sportler unter den Mitarbeitern können einmal wöchentlich in flotterem Tempo für eine Stunde gemeinsam im nahegelegenen Park ‚spazieren gehen‘. Lach-Yoga zum Entspannen und ein erfolgreicher Pilates-Kurs runden das Bewegungs-Angebot ab.

Auch bei der E.ON Ruhrgas AG gilt: alle Aktionen werden für alle Mitarbeiter angeboten. Als Beispiel hierfür gilt die Darmkrebsvorsorge, die auch - entgegen der gesetzlichen Regelung – von unter 50-jährige in Anspruch genommen werden kann. Alle aufgeführten Maßnahmen können desweiteren während der Arbeitszeit besucht werden, müssen dann aber von der tatsächlichen Arbeitszeit abgezogen werden. Tarifmitarbeiter nutzen dafür ihr Gleitzeitsystem. Während Aktionstage immer kostenlos sind, ist der E.ON Ruhrgas AG eine finanzielle Beteiligung seitens der Mitarbeiter jedoch wichtig, da die Mitarbeiter dann mit mehr Ernsthaftigkeit und Durchhaltevermögen teilnehmen. Allerdings übernehmen der Konzern und die Betriebskrankenkasse immer einen Teil der Kosten, damit die finanzielle Beteiligung für den Mitarbeiter nicht zu hoch ausfällt. Auch mit Broschüren und Plakaten steht die Betriebskrankenkasse dem Unternehmen zur Seite.

Für die E.ON Ruhrgas AG gilt die Ganzheitlichkeit der Maßnahmen, die sowohl darauf ausgerichtet sind den Mitarbeiter selber in seinem Verhalten zu beeinflussen, aber auch sein direktes Umfeld positiv zu verändern.

Die BGM-Verantwortliche Frau Totzek betitelt die Teilnahmequoten als ‚ausgezeichnet‘, vor allem bei den Vorsorgeuntersuchungen ist die Nachfrage enorm. Auch die Sportmaßnahmen werden gut genutzt. Der E.ON Ruhrgas AG ist es aber hauptsächlich ein Anliegen, diejenigen zu erreichen, die sonst nichts für ihre Gesundheit tun. Um die Erfolge zu unterstreichen, gibt es beispielsweise Feedback-Bögen auf der Trainingsfläche und auch in Zukunft sollen diese vermehrt eingesetzt werden; mit ihnen können die Mitarbeiter Einfluss auf das zukünftige Angebot nehmen. Dies entspricht der Richtlinie Partizipation der Luxemburger Deklaration. Oftmals erhält man allerdings auch ein Direkt-Feedback, z.B. nachdem bei einem Mitarbeiter während einer Vorsor-

geuntersuchung Krebs entdeckt wurde. All diese Erfolge werden am Ende des Jahres in einem Bericht zusammengefasst, der Zahlen, Kosten und Pläne für das nächste Jahr enthält und den Führungskräften vorgelegt wird. Sehen die Führungskräfte schriftlich belegte Erfolge, können sie das BGM besser vor den Mitarbeitern vertreten und sie zu den gesundheitsfördernden Maßnahmen motivieren, denn für „die Entwicklung der Gesundheitskultur sind in erster Linie die Führungskräfte als Kulturpromotoren mit einem gesundheitsförderlichen Führungsstil ursächlich verantwortlich. [...] Eher schnelle Erfolge erzielt man als Führungskraft vor allem durch Beteiligung und Einbindung, Förderung von Eigeninitiative, Übernahme von Verantwortung und zielgruppengerechte und zeitnahe Kommunikation“.¹¹⁷

Auch Frau Totzek sind die Begriffe Medikalisierungs- und Kompressionsthese nicht geläufig. Nach eigener Recherche sind sie irrelevant für das Unternehmen, weil sie zu wissenschaftlich für den alltäglichen Gebrauch sind. Doch bereits die Unterzeichnung der Luxemburger Deklaration zeigt die Hinwendung zur Kompressionsthese, ist man doch davon überzeugt, dass sich Prävention später auszahlt – sowohl körperlich für die Mitarbeiter als auch wirtschaftlich für das Unternehmen.

Die Literatur sieht die E.ON Ruhrgas AG als Vorreiter im Bereich BGM: „Seit über einem Jahrzehnt stehen einige wenige Best Practice Unternehmen kontinuierlich als Gesundheitsförderer im Rampenlicht wie E.ON Ruhrgas AG, Bertelsmann AG oder die Metro Group“¹¹⁸.

Die aktuelle wirtschaftliche Lage wirft jedoch einen großen Schatten auf das BGM der E.ON Ruhrgas AG: Gesundheitsgespräche zu Themen wie ‚Diabetes‘, ‚Haut / Hauterkrankungen‘, ‚Herzkrankheiten‘ oder ‚Stressbewältigung am Arbeitsplatz‘ wurden aufgrund zu geringer Teilnahme eingestellt, das Sport- und Gesundheitsportal im Intranet wurde abgeschafft und auch der jährliche Gesundheitstag wurde wegen zu hohem Aufwand nicht mehr angeboten. Befindet sich ein Unternehmen in schwieriger wirtschaftlicher Lage wird oftmals vor allem in den Bereichen eingespart, die keinen sofortigen Profit erwirtschaften und das Betriebliche Gesundheitsmanagement gehört häufig dazu – so auch bei der E.ON Ruhrgas AG. Für das nächste Jahr werden lediglich die Darmkrebsvorsorge und die Impfungen geplant, die zu fest etabliert sind, um sie streichen zu können. Alle anderen gesundheitsfördernden Maßnahmen bleiben ungewiss. Auch die Personalstrategiepläne zum Handling mit dem Demographischen Wandel, die sehr gut anliefen, bleiben wegen der schwierigen wirtschaftlichen Lage auf der Strecke,

¹¹⁷ Uhle und Treier, 2011: S. 96

¹¹⁸ Uhle und Treier, 2011: S. 29

weil auch dieses Thema als sogenanntes ‚Soft-Thema‘ angesehen wird. Dennoch plant Frau Totzek den Intranetauftritt zu überarbeiten und das Thema Sucht in den Fokus zu rücken. Und sollte der Vorstand der E.ON Ruhrgas AG mit weiteren Einsparungen im Gesundheitsbereich drohen, wird sich Frau Totzek auch weiterhin auf die Unterzeichnung der Luxemburger Deklaration und das damit getätigte Commitment berufen.

6.4 Zusammenfassung

Für viele KMU ist es leider, aus unterschiedlichen Gründen, schwierig, ein BGM umzusetzen. Dazu kommt, „[n]icht in jedem Unternehmen ist es ‚normal‘, dass Gesundheit einen Wert darstellt, Gesundheit bei der Arbeitsgestaltung mit bedacht wird, sich die Führungskräfte für die Gesundheit ihrer Mitarbeiter verantwortlich fühlen und dass Gesundheit eben nicht als Privatangelegenheit angesehen wird. In vielen Unternehmen ist eher gesundheitsschädigendes Verhalten die Handlungsnorm. Es wird als ‚normal‘ erlebt, dass Pausen nicht eingehalten werden und sicherheitswidriges Verhalten nicht geahndet, sondern eher belohnt wird. Gesundheit und Gewinnmaximierung werden als nicht miteinander vereinbar angesehen“.¹¹⁹

Im Gegensatz dazu haben das ‚Unternehmen A‘ und die E.ON Ruhrgas AG die Bedeutung von Gesundheitsförderung in Betrieben bereits verinnerlicht und damit begonnen, es erfolgreich umzusetzen. Doch auch viele andere Unternehmen investieren bereits in die Gesundheit ihrer Mitarbeiter:

Der Chemiekonzern BASF hat bereits im Jahr 1996 die Luxemburger Deklaration unterzeichnet und ist damit ein Vorreiter in diesem Bereich. Das Betriebliche Gesundheitsmanagement von BASF umfasst in einem kontinuierlichen Prozess sowohl Verhaltens- als auch Verhältnisprävention. Es bietet u.a. eine Rückenschule, Kurse zur Stressbewältigung oder Ernährungsberatung an. Die Grundlage für die angebotenen Maßnahmen bilden regelmäßige Gesundheitsberichterstattungen und Vorsorgeuntersuchungen. Auch eine anschließende wissenschaftliche Evaluation ist Teil des Prozesses.¹²⁰ Mit dem Programm GENERATIONS@WORK hat sich BASF schon 2006 mit dem demographischen Wandel beschäftigt: Ziel dieses Programms ist die Erhaltung der Arbeitsfähigkeit bis ins Rentenalter. Es beinhaltet ein Lernzentrum, in dem sich jeder Mitarbeiter beraten lassen kann, neue Bewertungen von Präventionsangeboten, Weiterentwicklung von Arbeitszeitmodellen, Motivation zur Eigenvorsorge für das Alter

¹¹⁹ Uhle und Treier, 2011: S. 148

¹²⁰ vgl. BASF: Gesundheitsförderung

oder Sensibilisierung der Führungskräfte.¹²¹ Es ist nicht verwunderlich, dass das Unternehmen BASF im Jahr 2011 den Gesundheitspreis der Stiftung ‚Rufzeichen Gesundheit‘ erhalten hat¹²². Eine derartig aktive Auseinandersetzung mit dem Thema Demographischer Wandel wird in der Literatur ‚Demografiemanagement‘ genannt. „Beim Demografiemanagement ist der Fokus nicht allein auf die älteren Mitarbeiter gerichtet. Vielmehr geht es um eine ausführliche Analyse der aktuellen Altersstruktur und den daraus abgeleiteten Prognosen für die kommenden Jahre [...] sowie den Aufbau von demografiezentrierten Strukturen und die Einleitung von altersngerechten Maßnahmen.“¹²³ Etwas Ähnliches sollte auch von anderen Unternehmen eingeführt werden, um sich bestmöglich auf die Zukunft vorzubereiten.

Es lässt sich zusammenfassen: „Wichtige Merkmale eines erfolgreichen betrieblichen Gesundheitsmanagements sind ein ganzheitliches Vorgehen, d.h. eine Ausrichtung auf Abbau von Risiken und Stärkung von Ressourcen; Kombination von verhaltens- und verhältnisbezogenen Maßnahmen, Integration der Gesundheitsförderung in den betrieblichen und privaten Alltag sowie in das Management. Zentral ist ein systematisches Controlling aller Maßnahmen, d.h. ihre qualitäts- und bedarfsorientierte Auswahl, Dokumentation und Erfolgskontrolle“.¹²⁴ Die Luxemburger Deklaration zur betrieblichen Gesundheitsförderung bietet solche Richtlinien und wurde deswegen bisher von vielen bekannten Unternehmen unterzeichnet, z.B. BMW Group, Daimler AG, Deutsche Bahn AG, Deutsche Post AG, Deutsche Telekom AG, Siemens AG, oder Volkswagen AG¹²⁵. An diesen und vielen weiteren Unternehmen können sich KMU ein Beispiel nehmen. Größenspezifisch lassen sich diese Konzepte nicht auf KMU übertragen, doch die Ansätze sind die Gleichen.

Es darf allerdings nie vergessen werden: Prävention hat zwar einen wirtschaftlichen Nutzen für ein Unternehmen, z.B. durch die Reduzierung von krankheitsbedingten Fehlzeiten und Produktionsausfällen und die daraus gesteigerte Motivation. Solche positiven Auswirkungen sind allerdings eher längerfristig und nicht immer durch Zahlen belegbar.¹²⁶ Wer sich dessen nicht bewusst ist, geht mit falschen Hoffnungen in die Implementierung eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements.

¹²¹ vgl. BASF: Demografischer Wandel

¹²² vgl. BASF: BASF erhält Gesundheitspreis 2011

¹²³ Uhle und Treier, 2011: S. 262

¹²⁴ Uhle und Treier, 2011: S. 152

¹²⁵ vgl. Luxemburger Deklaration, 2007: S. 6f

¹²⁶ vgl. Lenhardt und Rosenbrock, 2009: S. 297

7 Fazit und Ausblick

Diese Arbeit hat die Zusammenhänge zwischen Demographischem Wandel und Prävention dargestellt. Die Anzahl der arbeitenden ‚Senioren‘ wird sich weiter erhöhen. Ältere Arbeitnehmer sind allerdings oftmals nicht so belastbar und leistungsfähig wie jüngere Arbeitnehmer. Somit sollte jedes Unternehmen - so wie ‚Unternehmen A‘ und die E.ON Ruhrgas AG - dafür sorgen, die älteren Mitarbeiter so lange wie möglich leistungsfähig und die jüngeren Mitarbeiter ‚jung‘ zu erhalten. Dies geschieht hauptsächlich durch Investitionen in Prävention. Deswegen wird das größte Problem in Zukunft bei den Unternehmen liegen, die nicht in die Gesundheit ihrer Mitarbeiter investieren.

Die höchste Priorität sollte demnach in der Aufklärung liegen, inwieweit BGM und gesundheitsfördernde Maßnahmen von Nutzen sein können. Hierbei müssen sowohl die Geschäftsführungen, aber auch die Mitarbeiter selbst aufgeklärt werden. Wenn sich beide Parteien darüber bewusst sind, dass es nicht darum geht, Menschen zu bevormunden oder Arbeitszeit zu vergeuden, sind die größten Widerstände überwunden.

Durch erfolgreiche Präventionskulturen in den Unternehmen kann auch das Gesundheitssystem im Allgemeinen finanziell entlastet werden, was für das zukünftige Problem der umlagefinanzierten Versicherungsformen in Deutschland eine große Hilfe wäre. Dafür müssen sich die Unternehmen als wesentlichen Teil des Gesundheitssystems sehen und sich ihrer damit verbundenen sozialen Verantwortung bewusst sein. Doch können Unternehmen so weitreichend denken, wenn sogar den BGM-Beauftragten die Medikalisierungs- und die Kompressionsthese unbekannt sind? Dabei hängt von dem Eintreffen der jeweiligen These viel ab – finanziell, aber auch die Lebensqualität betreffend. Damit die Kompressionsthese eintritt, muss in Prävention investiert werden – davon müssen die Geschäftsführungen überzeugt werden.

Ähnlich verhält es sich mit dem Thema Demographischer Wandel. Unternehmen, aber auch die einzelnen Bürger, sind zu wenig über das Altern der Gesellschaft aufgeklärt. Solange sie sich nicht den Konsequenzen bewusst sind, werden sie auch nichts unternehmen, diesen entgegenzuwirken. In der Wirtschaft werden Konzepte für ältere Menschen notwendig, um die Produktivität der Unternehmen auch mit älteren, weniger leistungsfähigeren Menschen aufrecht erhalten zu können. Für Privatpersonen ist die Voraussetzung für ein gesundes Älterwerden eine selbständige, selbstverantwortliche und aktive Lebensführung. Dies hat auch Auswirkungen auf das physische und psychi-

sche Wohlbefinden. Eine gesunde Lebensgestaltung kann den Beginn von alterstypischen Beschwerden nach hinten verschieben und sich positiv auf deren Verlauf auswirken.¹²⁷ Der Demographische Wandel muss nicht ausschließlich eine Bedrohung für das Gesundheitssystem sein – man muss lediglich das Potenzial von Gesundheitsprävention mehr nutzen. Denn Prävention kann ein gesundes Altern ermöglichen.

Im Allgemeinen muss in Zukunft in weiteren Dimensionen gedacht werden. Ein Leser eines ARD-Artikels gibt dazu in seinem Kommentar rege Anmerkungen: „Ist es wirklich sinnvoll Sportveranstaltungen von Brauereien sponsern zu lassen. Oder für die Erhaltung des Regenwaldes sich ins Koma zu saufen. Weiterhin Kennzeichnungspflicht der Inhalte von Nahrungsmitteln. Verbesserung des Schulsports. Förderung außerschulischer Aktivitäten. Ziel muss es sein Gesundheit zu fördern und nicht Krankheit zu bezahlen. Man sollte mit der Gesundheit der Menschen Geld verdienen und nicht mit der Krankheit. Man merkt es ja an der Bezeichnung, es gibt in Deutschland nur Krankenkassen“¹²⁸.

Deutschland braucht eine Veränderung in seiner Denkweise. Die Gesundheit muss an Wichtigkeit dazugewinnen. Die AOK geht dem Trend nach und nennt sich nun ‚AOK - Die Gesundheitskasse‘ – alle anderen Krankenkassen sollten hier aufspringen und diesem Vorbild nacheifern. Auch mit seinen anderen Einwänden hat der Leser durchaus Recht. Wenn man sich bei einem Sportturnier körperlich aktiv betätigt, wird man sehr oft mit Alkohol konfrontiert, weil oftmals Bierbrauereien die Sponsoren sind. Wo bleibt hier die Gesundheit? Man will die Schulkinder zu mehr Sport motivieren und räumt dem Schwimmen bzw. Sport lediglich eine Doppelstunde wöchentlich im Stundenplan ein (inklusive Zeit zum Umziehen)? Gleichzeitig verkauft man beim Schulkiosk Cola, Schokodonuts und Gummibärchen? Große Fussballturniere, z.B. für Kinder, die zum Nacheifern animieren sollen, werden von Mc Donalds gesponsert? Auch die Konfrontation mit dem Thema Gesundheit in den Beispielen in der Einleitung dienen häufig lediglich Werbezwecken.

Jeder Einzelne muss sich fragen, was er wirklich dafür tut, bis ins hohe Alter gesund und ohne Beschwerden leben zu können. Dabei können schon kleine Maßnahmen das eigene Wohlbefinden sehr fördern. Gesund essen und trotzdem satt sein, an der frischen Luft joggen, im Sommer im See schwimmen oder im Winter auf dem See Schlittschuhlaufen, zwischendurch nicht zur Schokolade, sondern zum Obst greifen oder in der Arbeit keine Emails an die Kollegen verschicken, sondern selber zu ihnen

¹²⁷ vgl. Die Bundesregierung: Demografischer Wandel – Herausforderung und Chance, 2007

¹²⁸ ARD: Mehr Alte – mehr Kosten, 2008

gehen. In der Literatur sind die Auswirkungen von gesunder Ernährung, ausreichend Bewegung und Ruhe und Gelassenheit im Stress belegt. Sie können den Rückgang der Arbeitsfähigkeit im Alter um drei oder vier Jahre hinausschieben.¹²⁹

Die Menschen müssen zum Nachdenken angeregt werden. Vor allem muss ihnen die Bedeutung von Prävention und deren Vorzüge näher gebracht werden. Medizin ist nicht nur da, um Gesundheit nach einer Krankheit wieder herzustellen, sondern um Gesundheit zu erhalten. Und Prävention tut nicht weh – eine spätere eventuelle Behandlung manchmal aber umso mehr. In naher Zukunft können eventuell nicht mehr so viele Leistungen von den Krankenkassen übernommen werden. Und dann schmerzt eine eventuelle Behandlung auch finanziell.

Und somit muss sich abschliessend jeder selber die Frage stellen, was es wichtigeres gibt als die Gesundheit.

¹²⁹ vgl. Uhle und Treier, 2011: S. 104

Literaturverzeichnis

ARD: Probleme im Gesundheitssystem. Mehr Alte – mehr Kosten?

<http://www.ard.de/themenwoche2008/gesundheit/probleme-im-gesundheitssystem/-/id=742958/nid=742958/did=753594/4o3cik/index.html> Stand 02.04.2008. Zugriff vom 23.11.2011

BARTENS, Werner: Vorsicht Vorsorge! Wenn Prävention nutzlos oder gefährlich wird. Frankfurt am Main 2008.

BASF: BASF erhält Gesundheitspreis 2011:

<http://www.basf.com/group/corporate/de/sustainability/employees/occupational-medicine/gesundheitspreis-2011>. Zugriff vom 07.12.11

BASF: Demografischer Wandel:

<http://www.basf.com/group/corporate/de/sustainability/employees/demographic-change>. Zugriff vom 21.10.2011

BASF: Gesundheitsförderung.

<http://www.basf.com/group/corporate/de/sustainability/employees/occupational-medicine/duty/health-promotion>. Zugriff vom 21.10.2011

BORMANN, Cornelia: Prävention: Präventive Maßnahmen in Deutschland. In: PAPENKORT, Ulrich (Hg.): Prävention. Mainz 2008

BRAUN, G.E. und SCHUMANN, A.: Perspektiven der ambulant ärztlichen Versorgung vor dem Hintergrund des demographischen Wandels. In: Bräuning, D. und Greiling, D.: Stand und Perspektiven der Öffentlichen Betriebswirtschaftslehre II. Berlin 2007

BUNDESMINISTERIUM FÜR BILDUNG UND FORSCHUNG: Präventionsforschung. 13.01.2011. <http://www.bmbf.de/de/1236.php>. Stand 21.10.2011

BUNDESVEREINIGUNG PRÄVENTION UND GESUNDHEITSFÖRDERUNG e.V.:

Interview mit Prof. Dr. Adelheid Kuhlmei über die Bedingungen gesunden Alterns. 2009. <http://www.bvpraevention.de/cms/index.asp?inst=bvpg&snr=7480>. Zugriff vom 22.11.11

BUNDESZENTRALE FÜR POLITISCHE BILDUNG: Auswirkungen des demografischen Wandels auf die GKV. Zugriff vom 22.11.11

<http://www.bpb.de/themen/WZDR7I.html?guid=AAA284<=AAA397>

BUNDESZENTRALE FÜR POLITISCHE BILDUNG: Ein Fass ohne Boden?

<http://www.bpb.de/sosi/material/AAB083.pdf>. Zugriff vom 21.11.2011

DEUTSCHER BUNDESTAG: Gutachten 2005 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Koordination und Qualität im Gesundheitswesen. Bonn 2005

DEUTSCHER BUNDESTAG: Gutachten 2009 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Bonn 2009

DIE BUNDESREGIERUNG: Demografischer Wandel – Herausforderung und Chance. e.balance – magazin für soziales: Nr. 057. 11/2007.

<http://www.bundesregierung.de/Content/DE/Magazine/emags/ebalance/057/sa-demografischer-wandel-ist-herausforderung-und-chance.html>. Zugriff vom 23.12.2011

DUDEN (1): Komprimieren. <http://www.duden.de/rechtschreibung/komprimieren>, Zugriff vom 22.12.11

DUDEN (2): Prävention, die. <http://www.duden.de/rechtschreibung/Praevention>, Zugriff vom 24.11.11

EHRENTAUT, Oliver und HEIDLER, Matthias: Demografisches Risiko für die Staatsfinanzen? Koordinierte Bevölkerungsvorausberechnungen im Vergleich. Freiburg 2007

E.ON RUHRGAS AG: Unternehmen/Porträt: <http://www.eon-ruhrgas.com/cps/rde/xchg/SID-CCE494E4-3E81EB0F/er-corporate/hs.xsl/6025.htm>. Zugriff vom 07.12.2011

FETZER, Stefan: Determinanten der zukünftigen Finanzierbarkeit der GKV: Doppelter Alterungsprozess, Medikalisierungs- vs. Kompressionsthese und medizinisch-technischer Fortschritt. Freiburg 2005. <http://hdl.handle.net/10419/23004>, Stand 22.10.11

FETZER, Stefan; RAFFELHÜSCHEN, Bernd und SLAWIK, Lara: Wie viel Gesundheit wollen wir uns eigentlich leisten?. Freiburg 2005

JÜTTE, Robert: Gesundheitsbegriff im Zeitalter (un-)begrenzter medizinischer Möglichkeiten. In: SCHÄFER, Daniel; FREWER, Andreas; SCHOCKENHOFF, Eberhard; WETZSTEIN, Verena (Hg.): Gesundheitskonzepte im Wandel – Geschichte, Ethik und Gesellschaft. Stuttgart 2008

LENHARDT, Uwe und ROSENBROCK, Rolf: Prävention und Gesundheitsförderung in Betrieben und Behörden. In: HURRELMANN, Klaus; KLOTZ, Theodor; HAISCH, Jochen: Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. 2., überarbeitete Auflage. Bern 2009.

LEPPIN, Anja: Konzepte und Strategien der Krankheitsprävention. In: HURRELMANN, Klaus; KLOTZ, Theodor; HAISCH, Jochen: Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. 2., überarbeitete Auflage. Bern 2009.

LÖCHERBACH, Peter: Prävention: „Was möglich ist, kommt vor“. In: PAPENKORT, Ulrich (Hg.): Prävention. Mainz 2008

LUTZENBERGER, Dr. Claudia; KNÖFERL, Michael: Gesundheitsförderung und Prävention. Hochschulsript (Campus M21). München 4./5.11.2009

LUXEMBURGER DEKLARATION zur betrieblichen Gesundheitsförderung in der Europäischen Union. In der Fassung von Januar 2007. http://www.netzwerk-unternehmen-fuer-gesundheit.de/fileadmin/rs-dokumente/dateien/Luxemburger_Deklaration_Juli2010.pdf. Zugriff vom 23.12.11

MARTIN, Karl und HENKE, Klaus-Dirk: Gesundheitsökonomische Szenarien zur Prävention. Baden-Baden 2008

NAIDOO, Jennie und WILLS, Jane: Lehrbuch der Gesundheitsförderung. Überarbeitete, aktualisierte und durch Beiträge zum Entwicklungsstand in Deutschland erweiterte Neuauflage. 2. Auflage der deutschen Ausgabe. Köln 2010.

NIEHAUS, Dr. Frank: Alter und steigende Lebenserwartung. Eine Analyse der Auswirkungen auf die Gesundheitsausgaben. Köln 2006.

NIKLAS, Alois Michael: Gesundheitskommunikation. Betriebliches Gesundheitsmanagement – BGM. Hochschulsript (Campus M21). München WS 10/11

OBERENDER, P.; HEBBORN, A.; ZERTH, J.: Wachstumsmarkt Gesundheit. Stuttgart 2002

PAPENKORT, Ulrich: Prävention: Wort, Felder und Begriff. In: PAPENKORT, Ulrich (Hg.): Prävention. Mainz 2008

SCHUMANN Heiko: Neue Herausforderung an das Gesundheitswesen Im Spannungsfeld: der demographische Wandel zwischen Medikalisierung und Kompression. Magdeburg-Stendal 2009.

SEIDEL, Hans Joachim: Prävention in der Arbeitsmedizin. In: HURRELMANN, Klaus; KLOTZ, Theodor; HAISCH, Jochen: Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. 2., überarbeitete Auflage. Bern 2009.

SINN, Hans-Werner: Das demographische Defizit – die Fakten, die Folgen, die Ursachen und die Politikimplikationen. In: ifo Schnelldienst 5/2003. München.

STATISTISCHES BUNDESAMT: 12. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung. Berlin 2009

STATISTISCHES BUNDESAMT DEUTSCHLAND: Pressemitteilung Nr. 135: Gesundheitsausgaben steigen 2009 um 5,2% auf 278,3 Milliarden Euro. 06.04.2011. Zugriff vom 21.12.2011

STRAUB, Dr. Armin (1): Gesundheitsförderung & Prävention. Betriebliches Gesundheitsmanagement. Warum BGM? Gesundheitssituation in Deutschland, Auswirkungen in Organisationen und Betrieben, Player und Rahmenbedingen . Hochschulsript (Campus M21). München 2010

STRAUB, Dr. Armin (2): Gesundheitsförderung & Prävention. Betriebliches Gesundheitsmanagement. Wissenschaftliche Grundlagen des BGM. Hochschulsript (Campus M21). München 2010

STROBL, Helmut: Gesundheitsförderung und Prävention: Public Health, Health Prevention und Health Promotion; Gesundheitspsychologie, Verhaltens- und Verhältnisprävention: Handout Gesundheitspotential von körperlich sportlicher Aktivität. Hochschulsript (Campus M21). München 2010/2011

TECHNIKER KRANKENKASSE: Gesundheit in KMU. Widerstände gegen Betriebliches Gesundheitsmanagement in kleinen und mittleren Unternehmen. Gründe, Bedingungen und Wege zur Überwindung. Hamburg.
<http://www.tk.de/centaurus/servlet/contentblob/209528/Datei/4988/Report-Gesundheit-in-KMU.pdf>. Zugriff vom 23.12.11

UHLE, Thorsten und TREIER, Michael: Betriebliches Gesundheitsmanagement. Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt – Mitarbeiter einbinden, Prozesse gestalten, Erfolge messen. Berlin Heidelberg. 2011

Anlagen

Protokoll ‚Unternehmen A‘

Protokoll E.ON Ruhrgas AG

Protokoll ‚Unternehmen A‘

Protokoll Telefonate zw. Frau M. und Tanja Schell am

- **05. Oktober 2011, 16.00 Uhr**
- **06. Oktober 2012, 10.00 Uhr**
- **Protokollabgleich: 24. Oktober, 11.20 Uhr**

Frau M. ist seit 2004 im Personalbereich, mit der Funktion Personalreferentin für die Region Mitte (von insgesamt 4 Regionen in Deutschland) angestellt. Jeder Personalbereich hat zusätzlich ein sogenanntes Competence Center – die Region Mitte hat das Kompetenzcenter Betriebliches Gesundheitsmanagement für ganz Deutschland, seit 2011 auch für die Länder Belgien, Schweiz und die Niederlande. Frau M. hat sich interessehalber dazu entschieden, in diesem Kompetenzcenter mitzuarbeiten.

1. Was bedeutet für Sie als Unternehmen „Prävention“?
 - Keine unternehmensinterne Definition
 - Lediglich eine Beschreibung für das betriebliche Gesundheitsmanagement
 - Halten sich an die arbeitsübliche Definition
2. Warum investieren Sie in die Gesundheit Ihrer Mitarbeiter?
 - Hauptziel: Maximaler Unternehmensgewinn (wird ganz ehrlich zugegeben)
 - Durch die Nebeneffekte: Leistungsbereitschaft, Image, Bindung und Motivation
 - Machen deswegen auch mehr als gesetzlich notwendig
3. Seit wann haben Sie ein Gesundheitsmanagement und wie ist es konkret aufgebaut?
 - Seit 2007, damals gab es einen Strategie-Workshop, in dem die Unternehmensstrategie überarbeitet wurde
 - Dort wurde ein neues Handlungsfeld beschlossen: Betriebliches Gesundheitsmanagement
 - Dafür wurde das Competence Center Betriebliches Gesundheitsmanagement eingeführt
 - Ausserdem das Team Gesundheit, das aus internen (aus verschiedenen Unternehmensbereichen) und externen Vertretern besteht
 - Team Gesundheit setzt Ziele und Maßnahmen fest; trifft sich zweimal jährlich
 - Alle Maßnahmen werden zentral angeboten, d.h. es gibt keine Maßnahme an nur einem Standort; dadurch ist das Angebot zwar immer überall gleich, man wird aber auch sehr in der Flexibilität eingeschränkt

- Bsp.: wenn man medizinische Massagen am Arbeitsplatz einführen möchte, könnte man –bei einem einzelnen Standort - mit Hilfe des Branchenbuchs einen umliegenden Dienstleister kontaktieren. Beim zentralen Angebot geht das aber nicht einfach so, der Aufwand ist erheblich größer
4. Was sind die Ziele des Gesundheitsmanagements?
- Hauptziel des Unternehmens: Maximaler Unternehmensgewinn
 - Nebenziele: Leistungsbereitschaft, Image, Bindung und Motivation der Mitarbeiter
 - Hauptziel des BGM: Leistungsbereitschaft und –fähigkeit erhalten und fördern, um das Unternehmenshauptziel zu erreichen
5. Wurde im Vorfeld eruiert, an welchen gesundheitlichen Problemen Ihre Mitarbeiter leiden? Wenn ja, in welcher Form?
- Zusammenarbeit mit der Betriebskrankenkasse, die jährlich einen anonymisierten Gesundheitsbericht erstellt
 - Daraus wird ersichtlich (Prozentsätze), unter welchen Beschwerden die Versicherten leiden
 - An diesem Gesundheitsbericht orientiert man sich
 - Seitdem es die freie Krankenkassen-Wahl gibt, sind nur $< \frac{1}{4}$ der Mitarbeiter bei der Betriebskrankenkasse versichert (früher alle bzw. ein Großteil)
 - Zusätzlich werden regelmäßig Mitarbeiter-Befragungen durchgeführt
 - Durch einen anonymen online-Fragebogen
 - Deutschlandweit
6. 2010 war das Jahr des Rückens – unter welchem Hauptthema steht bei Ihnen das Jahr 2011?
- 2011 auch das Jahr des Rückens
 - Wurde auf vermehrte Anfrage verlängert, weil viele Niederlassungen innerhalb eines Jahres nicht alle Angebote bzgl. des Rückens nutzen konnten
 - 2012 wird das Jahr der Haut
 - 2009 war das Hauptthema Blutdruck
 - Das jeweilige Thema wird im Team Gesundheit vorgeschlagen und abgestimmt (orientiert sich ebenfalls am Gesundheitsbericht der Betriebskrankenkasse)
 - Geplant ist ausserdem das Hauptthema Stressmanagement und Burn-out-Prävention
7. Über die Pressemitteilungen von ‚Unternehmen A‘ kann man erfahren, dass Sie kostenlose Gripeschutzimpfungen, Beratungen zum ergonomischen Arbeitsplatz, Online-Ernährungskurse, günstige Konditionen bei Fitness-Anbietern und ein Training zur Work-Life-Balance anbieten. Können Sie diese Projekte detail-

liert beschreiben (und wie regelmäßig werden diese durchgeführt)? Führen Sie noch weitere Projekte durch? Wenn ja, welche?

- Es gibt 4 Schwerpunkte:
- Arbeitsplatz und Gesundheit
 - Arbeitsschutz
 - Ergonomische Beratung zum Arbeitsplatz
 - Alarm- und Notfallpläne
 - Unternehmens-Fussballturnier
 - Geplant: medizinische Massage am Arbeitsplatz
- Gesundheitsförderung
 - Betriebliche Ersthelfer an allen Standorten (mehr als die gesetzlich vorgeschriebenen 10%)
 - Kostenlose Gripeschutzimpfungen
 - Geplant: Beratungen zum Thema Burnout – regionale Beratungen über den Umgang mit Sucht und psychologischen Problemen
- Gesundheitsjahre
 - 2009 Blutdruck
 - 2010 Rücken (Schwerpunkt auf kaufmännischen Mitarbeitern)
 - 2011 Rücken (Schwerpunkt auf gewerblichen Mitarbeitern)
 - 2012 Haut
 - Ausserdem gibt es Gesundheitstage: einzelne Niederlassungen können sich dafür „bewerben“: externe Dienstleister kommen für einen Tag in die Niederlassung und führen Beratungen, Aktionen etc. durch. Die Niederlassungen werden durch das Competence Center finanziell bezuschusst
- Beruf und Familie
 - In Verhandlung: weitere Förderung der Kinderbetreuung
 - Kooperation mit der Arbeiterwohlfahrt: kostenlose Beratungshotline zu den Themen Kinder- und Seniorenbetreuung, inkl. konkreter Lösungsvorschläge
- Ob die Angebote während der Arbeitszeit durchgeführt werden oder ob die Mitarbeiter ausstempeln müssen, ist dem jeweiligen Abteilungsleiter überlassen
- Finanzielle Beteiligung auch der jeweiligen Geschäftsführung überlassen
 - Ganz von der Geschäftsleitung übernommen
 - Aufgeteilt auf Geschäftsleitung und Mitarbeiter
 - Ganz vom Mitarbeiter übernommen (allerdings wg. dem Mengenangebot vergünstigt)
- Teilnahme natürlich immer freiwillig

8. Wie hoch war die Beteiligung an bereits durchgeführten Projekten?
 - Vor allem bei Gesundheitstagen hoch (wurden letztes Jahr eingeführt)
 - Von 110-120 Standorten 17 Anmeldungen (2010) und 26 Anmeldungen (Stand Oktober 2011)
 - Bei den Gripeschutzimpfungen durchschnittlich 9-10% Beteiligung
 - Vergleich: In Krankenhäusern durchschnittlich 35%, obwohl eigentlich das ganze Personal geimpft sein sollte – also gute Quoten
 - In den Geschäftsstellen Unterschiede bei kaufmännischem und gewerblichem Personal; bei Kaufmännischem höher; durchschnittliche 20-25%
 - Extra Angebote für gewerbliches Personal – dadurch Beteiligung erhöht, aber immer noch nicht so hoch wie bei kaufmännischem Personal
9. Wie viel Budget haben Sie jährlich für den Bereich Gesundheitsmanagement und die Durchführung von solchen Projekten zur Verfügung?
 - Dürfen keine Angaben weitergegeben werden
 - Im 1. Jahr gab es noch gar kein Budget – wurde lediglich durch Sponsoring gelebt
 - Mittlerweile hat man ein Budget
 - Wurde auch schon angehoben
10. Haben Sie schon Zahlen, die die Erfolge Ihrer Projekte belegen?
 - Teilnahmequote
 - Qualitative Kennzahlen: Feedback-Bögen, Fehlzeiten-Quoten (die allerdings auch durch andere Faktoren beeinflusst sind)
 - Sonst Erfolg schwer an Zahlen zu erkennen
11. Welche weiteren Erfolge erwarten Sie in Zukunft? Planen Sie noch weitere Projekte?
 - Keine genauen Zielvorgaben oder Zielmindestquoten
 - Gewinnung der Führungskräfte für die Etablierung des BGM (Schulungen)
 - Gesundheitsjahre 2012/2013
 - Deutschlandweite Gesundheitsspaten
12. Meine Bachelorarbeit beschäftigt sich mit der Medikalisierungsthese und der Kompressionsthese. Was halten Sie als Unternehmen von diesen beiden Thesen? Und mit welcher These identifiziert sich ‚Unternehmen A‘?
 - Thesen nicht geläufig
 - Kompressionsthese, weil in die Gesundheit der Mitarbeiter investiert wird, also auch in die Prävention
 - Thesen allerdings zu medizinisch für den alltäglichen Gebrauch
13. Inwieweit werden Sie von Krankenkassen bei der Durchführung Ihrer Projekte unterstützt?

- Erstes Jahr ohne Budget: von Betriebskrankenkasse Prospekte und Informationsmaterial bekommen (z.B. konnten dadurch Plakate gedruckt und aufgehängt werden)
- Betriebskrankenkasse unterstützt die Gesundheitstage finanziell
- Andere Krankenkassen: Prospekte, Werbematerial, Broschüren
- In Arbeit ist, dass die Krankenkassen die Gesundheitstage auch bei der Durchführung unterstützen sollen
- Noch weitere Zusammenarbeiten in Planung
- Allgemein materielle UND finanzielle Unterstützung (eher von Betriebskrankenkasse)
- Hauptsächlich von 2 Krankenkassen – eine davon die Betriebskrankenkasse

14. Wann wurde die Luxemburger Deklaration zur betrieblichen Gesundheitsförderung in der EU von ‚Unternehmen A‘ unterschrieben? Und warum?

- In der Luxemburger Deklaration wurde der Begriff Betriebliches Gesundheitsmanagement zum ersten Mal definiert
- Es wurden gewisse Standards festgelegt
- Verschiedene Unternehmen haben sie unterschrieben und den Inhalt somit unterstützt
- 2009 hat ‚Unternehmen A‘ unterschrieben, um zu zeigen, dass man sich des Inhalts bewusst ist und die Deklaration ebenfalls unterstützt
- Aussenwirkung
- Selbstverpflichtung

15. Wie wollen Sie in Ihrem Unternehmen den Folgen des Demographischen Wandels entgegenwirken?

- Sind sich den Folgen bewusst: körperliche Leistungsfähigkeit nimmt mit dem Alter ab – die Mitarbeiter müssen aber trotzdem bis zum Rententalter beschäftigt werden und sollen ihr Wissen weitergeben
- Einiges in Planung:
 - Arbeitszeitkonten
 - Altersteilzeit
 - Gezielte Weiterbildungsmaßnahmen für ältere Menschen
 - Mentoren-Modelle (Ältere Leute –kurz vor Rente- sollen ihre Nachfolger einführen und begleiten)
 - Lebenszeitkonten: z.B. Mitarbeiter, der in Elternteilzeit war und danach mehr als „nötig“ gearbeitet hat, kann trotzdem früher in Renten gehen -> Arbeitszeit wird auf die ganze Lebenszeit angerechnet
- Ziel des BGM ist generell, die Leistungsfähigkeit bis ins hohe Alter zu erhalten

16. Auf der Unternehmenshomepage wird man eher auf Ihr Engagement im Bereich Ökologie aufmerksam gemacht. Warum weisen Sie nicht deutlicher auf Ihr Engagement im Bereich Gesundheitsmanagement hin?
- Unternehmenspolitik
 - Unternehmen ist eine Spedition – die vielen LKWs haben hohe CO2-Emissionen
 - Durch das ökologische Bewusstsein will man das damit behaftete Negative bekämpfen
 - BGM ist eine interne Angelegenheit für die vorhandenen Mitarbeiter
 - Soll vorerst nicht als Mitarbeiterwerbung genutzt werden
 - Schwerpunkt wurde hier anders gesetzt

Protokoll E.ON Ruhrgas AG

Protokoll Telefonat Bettina Totzek (E.ON Ruhrgas AG) und Tanja Schell am

9. November 2011, 10.30 Uhr

Bettina Totzek ist seit 2008 Gesundheitsmanagerin bei der E.ON Ruhrgas AG, einer Tochtergesellschaft der E.ON AG. Frau Totzek hat nach 2 Semestern an der Uni Bielefeld die Zertifizierung zur Gesundheitsmanagerin erworben und hat sehr großen Spaß an ihrer Arbeit.

Die E.ON Ruhrgas AG ist ein Konzernunternehmen. Frau Totzek betreut zurzeit insgesamt 3.400 Mitarbeiter, von denen 2.000 Mitarbeiter in Essen sitzen. Es handelt sich hierbei hauptsächlich um Bürotätigkeiten.

1. Was bedeutet für Sie als Unternehmen „Prävention“?
 - Keine unternehmensinterne Definition
 - Halten sich an die Allgemeingültigkeit als Gesundheitsvorbeugung
2. Warum investieren Sie in die Gesundheit Ihrer Mitarbeiter?
 - Gemäß der Unternehmenskultur
 - Wertschätzung: den Mitarbeitern zeigen, dass sie dem Unternehmen wichtig sind
 - Kostenfaktor: Einsparungen, z.B. weniger Ausfalltage und damit geringere Lohnfortzahlung im Krankheitsfall
3. Seit wann haben Sie ein Gesundheitsmanagement und wie ist es konkret aufgebaut?
 - Wurden schon immer zum Thema Beruf & Familie auditiert
 - 2006 wurde die Luxemburger Deklaration unterschrieben
 - Seitdem wurde alles systematischer
 - Alle gesundheitlichen Aktivitäten wurden zusammengeführt
 - Die Arbeitsmedizin untersteht direkt dem Personalvorstand
 - Zur Arbeitsmedizin gehören auch das Betriebliche Gesundheitsmanagement und das Eingliederungsmanagement (jeweils von 1 Person geleitet)
4. Was sind die Ziele Ihres Gesundheitsmanagements?
 - Keine definierten Ziele; Arbeitsunfähigkeits-Quote eh schon niedrig
 - Eher kleinere Ziele in Zusammenhang mit Projekten
5. Wurde im Vorfeld eruiert, an welchen gesundheitlichen Problemen Ihre Mitarbeiter leiden? Wenn ja, in welcher Form?
 - Gesundheitsbericht der geschlossenen Betriebskrankenkasse (60% der Mitarbeiter dort versichert)

- Daraus werden die Hauptprobleme der Mitarbeiter analysiert, an denen man sich orientiert
- 6. Im Internet kann man lesen, dass Sie Gesundheitsgespräche zu Themen wie „Diabetes“, „Haut/Hauterkrankungen“, „Herzkrankheiten“ oder „Stressbewältigung am Arbeitsplatz“, ein Sport- und Gesundheitsportal im Intranet, einen jährlichen Gesundheitstag, Entspannungskurse, Fitness-, Rücken- oder Ernährungsschecks, kostenlose Früherkennungsmaßnahmen (z.B. Brustkrebs-, Darmkrebs-, Hautkrebsvorsorge), eine eigene Sportgemeinschaft, ein Ernährungs- und Bewegungsprogramm „FitKids“ und ein Betriebsrestaurant anbieten. Können Sie diese Projekte detaillierter beschreiben (und wie regelmäßig werden diese durchgeführt?)? Führen Sie noch weitere Projekte durch? Und wenn ja, welche?
 - Genannten Projekte beziehen sich auf E.ON Ruhrgas AG
 - Gesundheitsgespräche wurden eingestellt, da sie nicht ausreichend besucht wurden
 - Sport- und Gesundheitsportal im Intranet wurde eingestellt, da es im Intranet ein Portal zum Gesundheitsmanagement gibt
 - Jährlicher Gesundheitstag wegen hohem Aufwand eingestellt
 - Jetzt gibt es „Kleine Gesundheitstage“
 - Eher kleinere Aktionen; auf 1 Thema fixiert, z.B. Ernährung
 - z.B. wird für 3 Std. über die Mittagspause ein Stand aufgebaut
 - Zur Information und Beratung
 - Anfang des Jahres Brustkrebsvorsorge (3D Untersuchung) für ALLE Mitarbeiterinnen
 - Seit 4 Jahren Fitnessteller mit 500 kcal
 - zu jedem Essen ein Hinweisschild zu den 4 Inhaltsstoffen Zucker, Laktose, Ei und Gluten (man möchte damit auch die Allergiker ansprechen)
 - seit dem 1.4.11 Müsli zum Frühstück eingeführt, das die Mitarbeiter selbst zusammenstellen und dann ins Büro mitnehmen können
 - seit Oktober 2010 (Umzug in neues Haus) Trainingsfläche im Gesundheitszentrum
 - Kraft- und Kardiogeräte (IT-gesteuert)
 - Bewegungsraum (z.B. Entspannungskurse)
 - 3 Physiotherapieräume (Physiotherapien, aber auch Massagen)
 - Für Nichtsportler: wöchentlich: Bewegung in Grugga: 1 Std. Gang in den nahegelegenen Park, bei flotterem Tempo
 - Lachyoga (Entspannung)
 - Erfolgreicher Pilateskurs
 - Thema Arbeits- und Gesundheitsschutz:
 - Sehr gute Bürostühle
 - Elektrisch höhenverstellbare Schreibtische

- Alle Mitarbeiter werden in deren Nutzung eingewiesen
 - Unternehmenskultur: ALLE Aktionen werden für ALLE Mitarbeiter angeboten! (z.B. Darmkrebs auch für unter 50-jährige)
7. Können die Mitarbeiter die gesundheitsfördernden Maßnahmen während der Arbeitszeit nutzen? Und wie sieht die finanzielle Beteiligung aus?
- Trainingsfläche, Physiotherapie und Kurse können auch während der Arbeitszeit besucht werden, müssen dann aber von der tatsächlichen Arbeitszeit abgezogen werden, weil Freizeit
 - Tarifmitarbeiter nutzen dafür ihr Gleitzeitsystem
 - Finanzielle Beteiligung ist immer erforderlich und auch wichtig, weil die Mitarbeiter es dann ernster nehmen
 - E.ON Ruhrgas AG oder Betriebskrankenkasse übernehmen immer einen Teil
 - Aktionstage natürlich kostenlos
8. Wie hoch war die Teilnahmequote an bereits durchgeführten Projekten?
- Unterschiedlich
 - In Abhängigkeit von Maßnahme
 - Bei Vorsorgenmaßnahmen (Krebsvorsorge, Impfungen) mehr Nachfrage als vorhandene Plätze – hervorragende Teilnahmequoten
 - Bei Sportmaßnahmen Teilnahmequote gut
 - Frau Totzek würde die allgemeine Teilnahmequote als „ausgezeichnet“ betiteln
 - E.ON Ruhrgas AG möchte vor allem die erreichen, die sonst nichts machen! Wichtiger als irgendwelche Zahlen!
9. Wie viel Budget haben Sie jährlich für den Bereich Gesundheitsmanagement und die Durchführung von solchen Projekten zur Verfügung?
- Es gibt ein gemeinsames Budget für die Bereiche Arbeitsmedizin, Betriebliches Gesundheitsmanagement und Eingliederungsmanagement
 - Die Betriebskrankenkasse ist aber immer im Boot
10. Haben Sie schon Zahlen, die die Erfolge Ihrer Projekte belegen?
- Die Erfolge werden am Ende des Jahres in einem Bericht belegt
 - Bericht beinhaltet Zahlen, Kosten und Pläne fürs nächste Jahr
 - Bericht wird an Führungskräfte verteilt
 - Oftmals Direkt-Feedback, z.B. nachdem ein Krebsbefund festgestellt werden konnte
 - Feedback-Bögen auf Trainingsfläche
 - Feedback-Bögen sollen stärker genutzt werden
11. Welche weiteren Erfolge erwarten Sie in Zukunft? Planen Sie noch weitere Projekte?
- Aktionen zur psychischen Gesundheit
 - Intranetauftritt bearbeiten

- Kooperation mit der BKK Bundesverband: Pilotprojekt: Mitarbeiter-Beratung online, die leider nicht gut angelaufen ist, wozu es eine Kommunikationskampagne gegeben hat
 - Thema Sucht in Fokus rücken und aus der Tabu-Ecke holen
 - Zurzeit wird für nächstes Jahr Darmkrebsvorsorge und die Impfungen geplant, die so etabliert sind, dass sie nicht gestrichen werden
 - Alles andere ist, aufgrund der schwierigen wirtschaftlichen Lage, ungewiss
12. Meine Bachelorarbeit beschäftigt sich mit der Medikalisierungsthese und der Kompressionsthese. Was halten Sie als Unternehmen von diesen beiden Thesen? Und mit welcher These identifiziert sich die E.ON Ruhrgas AG?
- Thesen nicht geläufig
 - Nach eigener Recherche: nicht relevant für das Unternehmen
 - Zu wissenschaftlich für den alltäglichen Gebrauch
13. Inwieweit werden Sie von Krankenkassen bei der Durchführung Ihrer Projekte unterstützt?
- Finanzielle Beteiligung
 - Broschüren, Plakate etc.
 - Veröffentlichungen werden gemeinsam erstellt
 - Intern geschlossene Betriebskrankenkasse sitzt im Unternehmen – direkter Ansprechpartner für Mitarbeiter
14. Wann wurde die Luxemburger Deklaration zur betrieblichen Gesundheitsförderung in der EU von der E.ON Ruhrgas AG unterschrieben? Und warum?
- 2006
 - Zum Thema Gesundheit verschrieben
 - Klares Commitment
 - Nicht nur Lippenbekenntnis
 - Darauf kann man sich immer berufen! (wenn z.B. eine Gesundheitsmaßnahme gestrichen werden soll!)
15. Wie wollen Sie in Ihrem Unternehmen den Folgen des Demographischen Wandels entgegenwirken?
- Es gab eine Zeit lang Personalstrategiepläne; die Arbeit daran lief auch sehr gut
 - Wegen der schwierigen wirtschaftlichen Lage bleibt das Thema leider auf der Strecke
 - Wird als „Soft-Thema“ und deswegen nicht als Business-Case angesehen, obwohl es eigentlich ein „hartes“ Thema ist
16. Auf www.eon-ruhrgas.com wird man eher auf Ihr Engagement im Bereich Klimaschutz etc. aufmerksam gemacht. Warum weisen Sie nicht deutlicher auf Ihr Engagement im Bereich Gesundheitsmanagement hin?
- Man beschäftigt sich hauptsächlich intern damit

- Achtet nicht darauf, was nach außen transportiert wird
- Frau Totzek wird aber daran arbeiten

Eigenständigkeitserklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und nur unter Verwendung der angegebenen Literatur und Hilfsmittel angefertigt habe. Stellen, die wörtlich oder sinngemäß aus Quellen entnommen wurden, sind als solche kenntlich gemacht. Diese Arbeit wurde in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt.

München, 12.01.2012

Tanja Schell